



Munich Personal RePEc Archive

**Three demographic theories, the
disposable evidence and the step between
description and comprehension: An
application and a critique of three
population hypotheses based on the cases
of Spain and India (1950-2020)**

Mariscal de Gante, Álvaro and Rodríguez, Víctor

Universidad Pablo de Olavide (UPO)

10 December 2018

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/94007/>

MPRA Paper No. 94007, posted 19 May 2019 09:46 UTC

Álvaro Mariscal de Gante Martín
Víctor Rodríguez Ortega
Universidad Pablo de Olavide (UPO)

Tres teorías demográficas, las evidencias disponibles y el paso de la descripción del cómo al entendimiento del porqué

Una aplicación y una crítica de tres hipótesis poblacionales en base a los casos de España y de la India (1950-2020)

Three demographic theories, the disposable evidence and the step between description and comprehension

An application and a critique of three population hypotheses based on the cases of Spain and India (1950-2020)

Resumen:

Este trabajo tiene como objetivo exponer y explorar la capacidad explicativa de tres de las principales teorías demográficas: la de la Transición Demográfica, Epidemiológica y Sanitaria. Su contenido se estructura en cuatro apartados. En el primero repasamos brevemente estas teorías. En el segundo, elaboramos un diagnóstico de la estructura demográfica de La India y España a través de su contextualización en el contexto asiático y europeo, respectivamente, y el uso de varios indicadores. A continuación, valoramos la relación entre las evidencias sobre estos estudios de caso y las hipótesis expuestas. Finalmente, esbozamos posibles críticas a las teorías a partir de estos dos casos.

Palabras clave: Transición demográfica, natalidad, mortalidad, La India, España

Resumen:

This work aims to expose three of the main demographic theories, Demographic, Epidemiologic and Sanitary Transition theories, and explore its explanatory capacity. The content is structured in four sections. In the first we briefly review these theories. Secondly, we elaborate a diagnosis of the demographic structure of India and Spain, through its contextualization in the Asian and European context, respectively, and the use of several indicators. Next, we value the relationship between the evidence on these case studies and the hypotheses exposed. Finally, we outline possible theoretical critics based on these two cases.

Keywords: Demographic transition, natality, mortality, India, Spain

Índice

| | |
|--|--|
| 1. Introducción (pp.1-2) | |
| 2. Síntesis de las hipótesis poblacionales (pp.2-11) | |
| 2.1. TTD (pp.2-5) | |
| 2.2. TTE (pp.5-8) | |
| 2.3. TTS (pp.8-11) | |
| 3. Metodología (p.11) | |
| 4. El caso europeo en el contexto global (pp.11-15) | |
| 5. Dos casos concretos: España y la India (pp.15-34) | |
| | 5.1. Evidencias e indicadores (pp.15-27) |
| | 5.2. Teoría y empiria (pp.27-34) |
| | a. España (pp.27-30) |
| | b. La India (pp.30-34) |
| | 6. Discusión de resultados (pp.34-39) |
| | 6.1. Críticas TTD (pp.34-37) |
| | 6.2. Críticas TTE (pp.37-38) |
| | 6.3. Críticas TTS (pp.38-39) |

1. Introducción

Hoy en día, la Demografía se encuentra en un momento de reformulación de sus teorías y premisas originales, y esto se aplica especialmente a la Teoría de la Transición Demográfica (TTD). En este sentido, en una de muchas críticas, Rowland (2015) enfatiza en los elementos europeos de la misma, destacando modelos demográficos de otras zonas del mundo y sus dinámicas concretas. Así, el autor señala que el andamiaje teórico de la TTD es etnocéntrico, ya que trata de replantear el enfoque presente en la demografía bajo la premisa de que se parte del modelo demográfico europeo, y a través de este son interpretados los demás (2015). Propone conceptos teóricos que sean aplicables a contextos culturales e históricos diversificados, como *reproducción biológica*, *unidad social primaria* u *organización social de la reproducción*. Además, propone un enfoque universalista que conjuga elementos de diferentes niveles: *institucional*, *económico* y *principios organizativos de reproducción*, lo que, a su juicio, tiene como resultado *los modos de reproducción de la unidad social primaria* (2015). Como es evidente, esta crítica enfatiza una cuestión fundamental sobre las hipótesis poblacionales vigentes en el campo de estudio demográfico, así como sobre los factores involucrados y la capacidad teórica para su integración por parte de aquellos cuerpos heurísticos.

En base a la crítica anterior, vemos como la TTD, debido a su baja densidad teórica inicial (Arango, 1980), necesita de una reformulación conceptual que la adapte al mundo globalizado en el que, por un lado, no se pueden entender las culturas como comportamientos estancos y aislados, sino que más bien se encuentran en continuo choque e *hibridación* (Canclini, 1997); y, en otro sentido, los roles de géneros y sociales han cambiado, en especial el de las mujeres, que se incorporan al mercado laboral y consiguen romper con ciertas normas sociales que la relegaban al espacio privado-doméstico. Asimismo, la institución familiar y los modelos familiares, en lo relativo a la *organización social de la reproducción*, también están en un proceso de cambio acelerado. Como es evidente, además de a la TTD, esto también afecta a la Teoría de la Transición Epidemiológica (TTE) y a la Teoría de la Transición Sanitaria (TTS).

Teniendo en cuenta estos elementos, en este trabajo exponemos la TTD, la TTE y la TTS a través de sus elementos constitutivos más genéricos y sus proposiciones principales. Además, utilizamos una serie temporal (1950-2020) de datos referentes a la natalidad, la fecundidad y la mortalidad relativas para doce países europeos, además de dos ejemplos de Asia (India) y África (Malí); para así poder ofrecer un contexto general en dos direcciones: en primer lugar, dotar de un estándar para el caso español a través de las tendencias europeas y sus divergencias internas, y, en otro sentido, comparar este continente con otros cuyas dinámicas forman un contraste, a nuestro juicio, revelador, como son África y Asia -donde prestamos especial atención a India.

Asimismo, y en tanto que estamos de acuerdo con una aproximación al estudio de las estructuras demográficas y sus transformaciones no sólo

multifactorial, sino también con perspectiva aplicada, estudiaremos los casos de India y España. Ambas sociedades nos servirán para desarrollar los factores que se encuentran imbricados en estos procesos de estabilidad/cambio demográfico, para poder así contrastar estas experiencias históricas -a través e indicadores demográficos específicos, pero también con algunos epidemiológicos, económicos, culturales o sanitarios-, con las proposiciones teóricas que propone cada hipótesis.

En síntesis, pretendemos mostrar, de forma algo pedagógica y sintética y mediante los casos de España -en el contexto de Europa- y la India -en el contexto de Asia-, las posibles fortalezas y debilidades teóricas de cada propuesta. Finalmente, realizamos una evaluación en forma de crítica a las tres opciones seleccionadas, concretamente sobre las características que, actualmente, consideramos menos aplicables, explicativas o incluso erróneas.

2. Síntesis de las hipótesis principales: transición demográfica, epidemiológica y sanitaria

2.1. Elementos básicos de la Teoría de la Transición Demográfica (TTD)

En primera instancia, debemos acotar en un sentido conceptual el objeto de la explicación. Podemos definir la TTD como un *corpus* teórico basado en una generalización empírica -de carácter sintético-estructural- en función de observaciones pasadas; y que establece una conexión entre la "evolución [demográfica] de la población y el crecimiento económico" (Arango, 1980:173). Esta interacción se expresa de forma progresiva en estadios o fases, lo que "permite clasificar a los países según el estadio en el que se encuentren" (Arango, 1980:173). Este proceso presume entonces un tránsito escalonado de un régimen demográfico antiguo a uno moderno¹. Se nutre, por tanto, de los cambios habidos en la demografía europea occidental desde el XVIII, cuando se registra un descenso de la mortalidad y de la natalidad (Sarrible, 2009).

Como punto de inicio de este proceso -de naturaleza lineal- el *antiguo régimen demográfico* muestra altos grados de mortalidad y fecundidad, que resultan en un crecimiento poblacional nulo u oscilante, dependiendo de factores contingentes como las epidemias, las hambrunas o las guerras (Sarrible, 2009). Esta etapa (a) *pre-transicional* es, por lo general, abandonada una vez que se inicia el descenso de ambas magnitudes, "pero al hacerlo más rápidamente la mortalidad, se produce un crecimiento natural positivo durante el proceso (...) [que] resulta constante" (Sarrible, 2009:47). De forma análoga se inicia la transición demográfica europea a finales del S.XVIII, cuando tiene lugar un descenso de la mortalidad con origen en una convergencia de factores, entre los cuales destacan las medidas ilustradas higienistas, la vacunación y el desarrollo médico, la mejora de la alimentación y la dieta, las reformas de higiene pública como el alcantarillado, el agua corriente y la construcción de hospitales, o la educación sanitaria de la

¹ Concebido el sistema demográfico como "el comportamiento de una población a partir de la evolución de sus tasas de natalidad, mortalidad y el crecimiento natural o vegetativo, es decir, la diferencia entre el número de nacidos y fallecidos" (Alcalde, 2010:130).

población (Alcañiz, 2008:235). En síntesis, durante la (b) *etapa inicial* de la transición tiene lugar un incremento poblacional derivado del mantenimiento y aumento contingente de la natalidad combinado con un fuerte descenso de la mortalidad.

En este contexto de Revolución Industrial (RI) y crecimiento poblacional, la TTD asume un vínculo entre el desarrollo económico y este, tal y como sucede en algunos países europeos. Incluso Thomas McKeown formula un concepto tan denodado como el de *crecimiento moderno de la población* para referirse a este período -como conjunto temporal-, del mismo modo que Kuznets formulaba la hipótesis que definía el *crecimiento económico moderno* (Arango, 1980:185). Habakkuk venía a refinar los desarrollos de McKeown, quien cuestionó la relación entre el impulso demográfico -causado por la disminución de la edad de matrimonio y del número de solteros- e industrialización. Específicamente, esta concepción promulga una visión más ponderada de los efectos industrializadores sobre la natalidad, por lo que visibiliza las profundas diferencias que existen entre el impacto de la industrialización en la etapa inicial y en la etapa final del proceso:

“los estadios iniciales de la industrialización estimularon el crecimiento de la población a través del aumento de la demanda de trabajo, y también al socavar las bases de las tradicionales continencias precautorias” (Habakkuk, 1972:58; citado en Arango, 1980:181).

Este vínculo aparece como un nexo seguro y difuso a la vez, así, y pese a que no se especifican sus imbricaciones, resulta bastante claro que el desarrollo económico aparece como un factor determinante de la TTD al menos en sus efectos reductores de la fecundidad:

“no hay ningún país que haya experimentado durante un período suficientemente largo un proceso de crecimiento económico moderno (...) y no haya visto reducida su fecundidad; y no hay ningún país que haya experimentado una disminución de la fecundidad de este calibre sin conocer el desarrollo económico moderno” (Arango, 1980:187).

Los procesos de industrialización y de urbanización tienen por tanto una interacción clara con la fecundidad, sin que eso pueda ser traducido en una proposición empírica con la suficiente concreción como para ser susceptible de refutación. A partir de ahí, la fase de (3) *maduración o final de la transición* llega una vez comienza a descender la natalidad, así como el ritmo de reducción de la mortalidad, por lo que la población muestra un débil crecimiento natural. En este punto, Hajnal arguye que este proceso de crecimiento negativo tiene su fundamento en el *european marriage patter (EMP)*, que supone unos europeos y europeas con un enlace matrimonial tardío que recorta el período reproductivo a la vez que aumenta la tasa de ahorro (1965; citado en Arango, 1980:176) -no obstante, cabe mencionar que cuando Hajnal se refiere a los “europeos” lo hace solo a los europeos occidentales. El propio Arango (1980:177), en su exposición de la TTD, habla de esta etapa como “un comportamiento racional en materia reproductiva” que “constituye la muestra más acabada de ‘preventive checks’ o frenos

preventivos que Malthus recomendaba encarecidamente a finales del S.XVIII". Evidentemente, el propio autor menciona también otros factores como la insuficiencia de la fecundidad natural para explicar el crecimiento poblacional -evidencia de fecundidad controlada-, si bien volveremos más adelante sobre esta concepción.

En síntesis, la fase (4) *post-transicional* se manifiesta en una estabilización de la mortalidad y la natalidad, con algunos crecimientos positivos o negativos de carácter estacionario. Este estadio de desarrollo es el alcanzado por los países que antes han iniciado la conversión, por lo que en la Europa Occidental este descenso comienza a mediados del S. XX. Los fenómenos relacionados son complejos y múltiples, y constituyen un elemento de debate hasta nuestros días. En este sentido, podemos resaltar (1) el aumento de la tasa de ahorro durante los años premaritales, (2) la base económica necesaria para el sustento familiar, (3) el carácter progresivo o recesivo del ciclo económico², (4) la clase³ o (5) el consumo de ocio, además de las creencias religiosas (Sánchez, 1981:50).

Según consideramos, vale la pena detenerse sobre este último punto, ya que la religión juega un papel central en la natalidad. Especialmente en Europa del Sur -en países como España o Italia-, el catolicismo juega también un rol central en la institución marital y la función reproductiva, teniendo en cuenta que (1) restringe el matrimonio a la monogamia, (2) sitúa en la centralidad la permanencia como signo del matrimonio ideal, (3) justifica el acto sexual marital como único medio de procreación, (4) condena los métodos anticonceptivos y rechaza el aborto, e insiste en la (5) reproducción y transmisión intergeneracional de estos valores a través del seno familiar (Sánchez, 1981:54). Este planteamiento comprende, por tanto, factores tanto materiales como culturales en la transformación de las tendencias demográficas, pese a que posteriormente formularemos una crítica orientada al insuficiente protagonismo que la TTD ofrece a las segundas.

A modo de balance, podemos decir que la TTD es más precisa en la descripción del *fin* -el crecimiento poblacional negativo o nulo de aquellos sistemas que se ubican en el último estrato evolutivo: el régimen demográfico moderno-, antes que en la descripción del conjunto de factores que interactúan en el desarrollo del proceso. "En términos de Chesnais, el concepto de transición implicaría más que un pasaje, un proceso de transformación estructural que engloba una serie de aspectos complejos e imbricados" (Sarrible, 2009:52), que no son tan precisados. La TD sería

² Dice Sánchez (1981:50): "las fluctuaciones sobre la coyuntura económica ejercen una segunda influencia sobre el hecho del matrimonio afectando en general a amplios sectores de la comunidad".

³ "Por último, está la diferente influencia que sobre el hecho del matrimonio tenga la pertenencia a una u otra clase social. Dicho de otra forma, las diferentes determinaciones que diferentes niveles de ingreso producen en el hecho de contraer matrimonio" (Sánchez, 1981:51).

entonces un momento intermedio de desequilibrio contingente entre dos modelos más estables: el antiguo y el nuevo régimen demográfico⁴.

2.2. Resumen de la Teoría de la Transición Epidemiológica

Esta naturaleza descriptiva o evolucionista de la TTD es, precisamente, la que lleva al planteamiento de la TTE como alternativa teórica. Esta hipótesis nace como una aproximación reactiva de carácter más multidisciplinar y, por tanto, multifactorial, que pretende ir más allá de la medición estadística de los índices demográficos hacia un marco teórico explicativo de aquellos. La epidemiología se orienta entonces a determinar la distribución de la enfermedad y la muerte, pero también debe desarrollar teóricamente las causas y consecuencias de los cambios poblacionales (Mayer, 1962; citado en Orman, 2005). En síntesis, esta teoría nace con vocación de tener en cuenta los factores epidemiológicos, económicos, culturales, psicológicos y sociológicos de los cambios demográficos (Omran, 2005).

El proceso que describe la TTE tiene como actor protagonista a la mortalidad, ya que se centra en los patrones de enfermedad, así como en la causa de la muerte y sus interacciones con los patrones demográficos, económicos y sociológicos, con los que mantiene una relación multicausal. El fin de tal proceso es el establecimiento de las enfermedades degenerativas modernas y de las patologías creadas por el ser humano como principales causas de mortalidad y morbilidad (Omran, 2005). Sin embargo, como venimos manteniendo, este se relaciona con cambios que acompañan a la modernización de los países occidentales, ya que los controles de enfermedad no son únicamente un requisito de la fertilidad, sino un "efectivo instrumento de desarrollo económico" (Omran, 2005:733).

La TE comienza con (a) las sociedades premodernas, en las que existe tanto una alta natalidad como una elevada mortalidad, fenómenos además influidos por los efectos de las pandemias y las hambrunas. Entonces, a pesar de que se pudiera alcanzar un "máximo biológico" en términos de fertilidad, el crecimiento demográfico negativo puede igualmente nacer de los efectos de estas epidemias, guerras o hambrunas, que redundan en acusados picos de mortalidad durante la evolución demográfica de estas sociedades. Así, podríamos sintetizar este régimen demográfico por sus (1) grandes fluctuaciones en los patrones de mortalidad, no incompatibles con (2) una cronificación de la elevada mortalidad, ni tampoco con la (3) juventud de tales poblaciones; asimismo, encontramos un crecimiento poblacional cíclico, con incrementos netos durante grandes períodos de tiempo (Omran, 2005). Por otro lado, una breve sistematización de los factores explicativos de la alteración de tales ciclos de estabilidad en las sociedades premodernas debe comprender las epidemias, la malnutrición general, la gran presencia de enfermedades endémicas, la baja esperanza de vida o la extensión de la

⁴ "la escuela francesa habla de 'nuevo y viejo régimen' demográfico, acepciones unánimemente aceptadas porque tienen su correlato en una periodización política de su propia historia" (Sarrible, 2009:49-50).

miseria. Ejemplos de ello son la Antigua Grecia, el Imperio Romano o el Imperio Británico durante el Medioevo (Omran, 2005).

Las (b) transformaciones llegarán en forma de una tendencia decreciente de la mortalidad, que corresponde en este esquema a dos cambios decisivos: el carácter menos drástico y frecuente de las fluctuaciones de los índices de mortalidad, y la estabilización de una baja mortalidad durante el S.XX en países como Suecia, Inglaterra, Gales o Japón. Esto lleva a un aumento en la esperanza de vida por la disminución, estabilidad y predictibilidad de los patrones de mortalidad (Omran, 2005:735); y que además se combina con contingentes aumentos de la fertilidad, que causan un rápido crecimiento de la población. Este es el proceso que tiene lugar en los países occidentales durante las décadas de posguerra, con un descenso de la mortalidad y una relativa estabilidad de los patrones de natalidad, si bien los últimos sufren algunas fluctuaciones.

En cualquier caso, vemos como los cambios en la mortalidad y en los patrones de enfermedad tienen, desde esta perspectiva, efectos a largo plazo durante la transición, cuando las grandes fluctuaciones dejan lugar a las enfermedades degenerativas y las patologías creadas por el ser humano como principal forma de morbilidad y causa de muerte. Tenemos, entonces, tres fases transicionales: (a) una fase de la pestilencia y la hambruna, con una mortalidad alta y fluctuante, que impide el crecimiento sostenido -la esperanza de vida (EV) representa los *preventive checks* malthusianos-; (b) la etapa del descenso de las pandemias, que provoca un paulatino descenso de la mortalidad con la baja frecuencia o desaparición de sus efectos, y que posibilita un crecimiento poblacional sostenido además de hacer previsible la trayectoria exponencial de la curva poblacional -EV: 30-50 años-; y (c) la fase de las edades degenerativas y creadas por el ser humano, cuando la mortalidad se mantiene relativamente baja y la EV supera la barrera de los 50 años. No es sino en esta última fase cuando la fertilidad se convierte en un factor fundamental del crecimiento demográfico positivo, toda vez que la morbilidad supera a la mortalidad (Omran, 2005).

En este sentido, debemos tratar como un punto fundamental de esta fase transicional el riesgo relativo de mortalidad por sexo y edad. En esta transición se transforman radicalmente los patrones de enfermedad entre dos cohortes, principalmente a causa de la menor incidencia de las enfermedades infecciosas. Por un lado, (1) la mortalidad infantil y juvenil cambia debido a las mejoras en nutrición y en los sistemas sanitarios, lo que hace que la mortalidad de 1 a 4 años descienda bruscamente -como sucede en Inglaterra o Gales-. Asimismo, (2) las mujeres pasan a tener una mayor probabilidad de muerte durante la etapa reproductiva, lo que implica que tal probabilidad se reduce cuando se acercan a los 50 años (Omran, 2005:742). Así, países como Japón o Chile llegarán en 1960 a los niveles de mortalidad por sexos de Inglaterra en 1947. Esto pone de relieve dos elementos fundamentales para nuestro análisis posterior: las especificidades culturales de los países afro-asiáticos, por ejemplo en términos de fertilidad, y la diferencia fundamental del motor de tal cambio en occidente y en estos dos continentes,

siendo este de naturaleza social en el primer caso y en base a la importación de tecnología de avances médicos en el segundo.

En cualquier caso, es el *demographic gap* o, en otras palabras, la diferencia entre los índices de natalidad y mortalidad, la que provoca un crecimiento positivo, lo que impacta en la fertilidad y la estructura demográfica. Así, el descenso de la mortalidad femenina e infantil genera efectos contradictorios en la fertilidad: en un período de aumento de la fertilidad, podría haber un aumento de la natalidad y, a la vez, una reducción de la mortalidad infantil genera un aumento en los intervalos de tiempo entre nacimientos y un control de la natalidad. Hay entonces un aumento de la supervivencia femenina en edad reproductiva a la que sigue una depresión de los índices de fertilidad -por el descenso de la mortalidad infantil- durante la etapa media y avanzada de la transición.

Una vez tenemos una perspectiva general de las proposiciones que deberán ser tratadas, podemos realizar una breve compilación de los factores involucrados en el proceso de transición según Omran (2005). Estos pueden ser sistematizados en (1) factores ecobiológicos de la mortalidad, es decir, factores indirectos no relacionados con el avance de la ciencia médica que reducen la mortalidad causada por las pandemias; (2) factores biopsicológicos, como el uso de contraceptivos ante el aumento de la supervivencia infantil -aumento de la EV; factores (3) médicos y de salud pública, como el desarrollo de la atención primaria con la prevención además de la curación en las fases finales de la transición; (4) factores psicológicos o emocionales, ya que se expande una nueva dimensión cualitativa de la inversión en la descendencia en términos de cuidados, protección y educación; y (5) factores socioeconómicos, ya que los desarrollos económicos permiten establecer los primeros sistemas sanitarios, que ayudan al descenso de la mortalidad y la reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas. Ello genera un aumento de la productividad de la fuerza de trabajo adulta, que también se ve progresivamente aumentada por el descenso de la mortalidad infantil (Omran, 2005:750). Así, el consumo individual de recursos supera a la producción de estos durante la juventud, mientras que con el aumento de la EV hasta los 40 años la situación es inversa, algo que se encuentra asociado con el desarrollo de capital y tecnología. Esta teoría no renuncia a la importancia de los factores económicos señalada por la TTD, sino que, además de reconocer el resto de los factores, también señala este como un factor interactivo, ya que los controles de la morbilidad no son únicamente un requisito de fertilidad, sino un "efectivo instrumento de crecimiento económico" (Omran, 2005:733).

Por último, cabe mencionar la existencia de tres modelos diferenciados en esta transición, lo que va en la línea del reconocimiento de las especificidades en el desarrollo del proceso. El primero de ellos es el (1) modelo occidental o clásico, que tiene lugar mediante un proceso gradual desde una alta mortalidad (30‰) y fertilidad (40‰), hacia magnitudes más reducidas (10‰ y 20‰, respectivamente). Su principal elemento distintivo es la mitigación del crecimiento poblacional por el lento descenso de los efectos

de las pandemias y las hambrunas. Una progresividad que, sin embargo, también permitió alcanzar un crecimiento económico sostenido antes del descenso de la fertilidad que estrechó el *gap* demográfico, tal y como sucedió en Inglaterra o Gales.

En segundo lugar, el (2) modelo de TE acelerada o rápida describe el fuerte descenso de la mortalidad que tiene lugar principalmente en Japón o en Europa del Este. Las diferencias con el anterior están, principalmente, referidas a un ritmo que podemos explicar porque estos países inician un lento proceso de modernización previo al descenso de la mortalidad, por lo que los avances médicos y sanitarios determinan tal ritmo. También en la rápida reducción de la natalidad tiene una alta incidencia el aborto, especialmente en Japón. Finalmente, el (3) modelo contemporáneo supone un proceso de transformación actual referido a los países en vías de desarrollo, donde la TE es lenta, con un tímido descenso de la mortalidad durante el cambio de siglo; a la que sigue un cambio de ritmo después de la IIGM, cuando los índices muestran transformaciones sustanciales fruto de las medidas de salud pública y las transferencias internacionales de tecnología médica. Hay entonces un crecimiento poblacional “astronómico” por el éxito de los programas de control de población, reducción de la mortalidad y mantenimiento de la fertilidad. Posteriormente, esta última se verá también reducida de forma artificial, algo que no evita el mantenimiento de altos grados de mortalidad infantil y mortalidad femenina durante el período fértil, que supera a la masculina (Omran, 2005:754).

2.3. Elementos constitutivos de la Teoría de la Transición Sanitaria

Con respecto a la TTS, su principal aportación consiste en permitir el paso de un nivel descriptivo a uno explicativo, especialmente relevante para los cambios de las sociedades occidentales durante el S. XX. En la teorización sobre la etapa de las enfermedades degenerativas tardías y el papel de la morbilidad, la TTS constituye una tercera vía entre el papel de la distribución de las enfermedades y la relevancia de los recursos socioeconómicos en las transformaciones demográficas; por lo que reconoce la complejidad del proceso y pasa de las explicaciones monocausales a una aproximación multifactorial de naturaleza más holística⁵.

Así, mientras que la TTE explicaba los cambios en la mortalidad y la morbilidad, la TTS incluye también los cambios sociales y culturales. Desde esta perspectiva cobra sentido su nacimiento, en 1973 -aunque se desarrolla durante la década posterior-, como una forma de redescubrimiento de la TTE. Pese a ello, no existe un marco teórico único en la limitación del concepto de TS, si bien existen dos enfoques principales al respecto.

Por un lado, una primera aproximación se centra en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento que no son desarrollados por las dos aportaciones anteriores. La TS como concepto evidencia la importancia de factores no estrictamente fisiológicos en los cambios demográficos. Ello

⁵ Al menos todo lo que permite la naturaleza empírico-reductiva de la ciencia moderna.

no implica que no se consideren otros al margen de los mencionados, sino que es necesaria una aproximación de carácter holístico, además de multifactorial.

La principal dificultad del planteamiento de un soporte teórico de tal naturaleza reside en las definiciones y medidas, así como en su consenso en el ámbito académico. Ejemplo de ello es la consideración de la morbilidad, que actualmente no es un reflejo de la mortalidad. Algunos de estos índices empleados son: (1) el de mortalidad infantil, cuya ubicación en un 10‰ supone una exitosa culminación de la transición -si bien no es un indicador completo; (2) la estructura de la mortalidad por causas, que constituye un buen indicador una vez controladas las enfermedades infecciosas, si bien es distorsionado por el auge de las enfermedades degenerativas, los accidentes o los desórdenes mentales -enfermedades crónicas y no transmisibles-; (3) la educación, que aparece como una variable explicativa de la supervivencia infantil⁶; (4) el comportamiento, referido fundamentalmente al estudio, manejo y distribución de los cuidados; y (5) incluso otros factores como la altura, que es un indicador del estado nutricional, ya que se encuentra una relación inversa entre esta variable y el descenso de la mortalidad (Robles, E.; Bernabeu, J.; Benavides, 1996).

En cualquier caso, no estamos interesados aquí en ofrecer una visión sistemática de esta hipótesis, sino en señalar sintéticamente los factores principales que desde esta corriente se involucran en el cambio demográfico. Así, la propuesta de sistematización de la TTS de Frenk *et al.* (1991; citado en Robles, Bernabeu y Benavides, 1996) disecciona este concepto de transición sanitaria en tres dimensiones:

En primera instancia, una (a) transición epidemiológica que comprende la (1) sustitución de las enfermedades infecciosas por patologías crónicas y degenerativas; (2) el desplazamiento ascendente en la edad de morbilidad; y (3) la paradoja de la mortalidad decreciente y la morbilidad creciente, ya que la segunda deja de ser un estadio previo a la muerte por la cronificación de las patologías mayoritarias. En este sentido, las conclusiones no distan en gran medida con las propuestas de la TTE, si bien se reconoce en este caso que muchas de las enfermedades mencionadas son una expresión de las deficiencias en los procesos de industrialización, urbanización y consolidación del modelo de consumo masivo, además de otros factores asociados a la modernidad como el alcoholismo o el tabaquismo.

En segundo lugar, encontramos la (b) transición sanitaria, que supone la organización de una respuesta por parte del sistema de salud a los episodios de enfermedad y los problemas de salud en términos de suministro de servicios. En este caso, vemos como la TTS combina en su desarrollo factores sociales, políticos y epidemiológicos, además de establecer una ligazón con el desarrollo económico o tecnológico. Esto queda patente cuando se establecen dos proposiciones centrales: (1) la preminencia de un modelo de

⁶ Por cada año de escolarización de la madre en regímenes postransicionales, se reduce entre un 7 y un 9 por ciento la mortalidad infantil, principalmente por un mayor uso de los servicios sanitarios (Robles, Bernabeu y Benavides, 1996).

atención médica basado en sistemas hospitalarios y tecnologías complejas, y (2) la aplicación de un enfoque integral en la atención primaria. En definitiva, cuanto mayor es la complejidad epidemiológica, tanto más se exige un sistema concordante en atención de salud (Robles, Bernabeu y Benavides, 1996).

Por último, la (3) transición de riesgos se refiere al fenómeno que culmina con los riesgos de salud ambientales y laborales como principal factor explicativo de alrededor de un tercio de la mortalidad⁷. Los riesgos “modernos” sustituyen a los propios de la etapa pre-industrial -recordemos aquellos “picos” y fuertes fluctuaciones en la mortalidad-, si bien son igualmente abordables desde el cambio de los estilos de vida. Sin embargo, aquí se incluyen otros factores, por ejemplo, la educación, que juega un papel fundamental como medio para la transformación del comportamiento social e individual frente a los riesgos, por ejemplo, higiénicos o de salud pública.

Diríamos que la TTS supone una evolución teórica de naturaleza más holística con respecto a las anteriores, ya que integra en sí una aproximación epidemiológica con los cambios demográficos, la incidencia de la salud pública y la novedad de los conceptos de transición sanitaria o de riesgos. Esto supone en última instancia la imbricación de los cambios en la fecundidad, mortalidad, morbilidad y estructura de riesgos sanitarios con sus contextos y determinantes económicos, sociales, epidemiológicos, culturales y políticos. En síntesis, continúa el *cómo* de la transición epidemiológica con una teoría dotada de herramientas heurísticas y empíricas capaces de establecer relaciones multilaterales e interactivas entre los diferentes factores, sin que ello signifique que nos permita dar una única explicación general a los fenómenos demográficos (Robles, Bernabeu y Benavides, 1996).

3. Metodología

El presente trabajo se divide en cuatro apartados principales que intentan complementar las explicaciones teóricas con las evidencias empíricas disponibles. En primer lugar, se realiza una (1) revisión bibliográfica que pretende recopilar los elementos más básicos de cada hipótesis poblacional. Posteriormente, se muestran un (2) conjunto de indicadores y tasas demográficos y económicos -tasa de fecundidad, PET, tasa de dependencia...- que han sido elaborados con los datos que proporciona la División de Población de la ONU. En este sentido, estos indicadores se refieren tanto a una contextualización previa como a una profundización en los casos de la estructura y tendencias demográficas de España y la India (1950-2020)⁸. En tercer lugar, se intentan (3) ligar estos indicadores demográficos con el contexto económico, social, político, cultural, sanitario y epidemiológico de los países antes mencionados. Por último, este bagaje nos permite realizar

⁷ Aquí incluiríamos factores como la contaminación atmosférica, los efectos de los pesticidas, el tabaquismo, los accidentes de tráfico o laborales...

⁸ Se ha hecho uso para el tratamiento de datos tanto del programa Microsoft Excel 2018 como de Epidat 4.2.

una (4) crítica, basada en un criterio empírico, de las tres teorías seleccionadas.

4. El caso europeo en el contexto global: una perspectiva comparada de la natalidad, fecundidad y mortalidad intercontinental y europea

Una vez ubicadas las teorías, podemos continuar con el estudio de las dinámicas demográficas en el caso europeo que nos permitan clasificar cada país en un estrato evolutivo, así como su ubicación en el contexto global. Para ello, se muestran las tasas brutas de natalidad, fecundidad y mortalidad para diversos países de Europa Occidental, del Norte y del Sur desde 1950 hasta 2020. Para contextualizar el caso se ha obtenido una media continental, que será comparada con las tasas que Asia y África muestran en la serie. Además, se han seleccionado India y Mali como ejemplos ilustrativos de estas áreas -siempre con un ánimo comparativo. Asimismo, cabe mencionar que la fuente utilizada es la base de datos de la División de Población de la Organización de Naciones Unidas (2018a;2018b;2018c), que permite la obtención de series extensas, más propensas a la comparación, y con un rango temporal capaz de reflejar movimientos demográficos estructurales.

Por tanto, con este ejercicio pretendemos contribuir a dos objetivos: por un lado, un propósito ilustrativo, mostrando un enfoque práctico e intuitivo de la TTD mediante el contraste y la posterior clasificación de los países en una escala evolutiva; en otro sentido, queremos fijarnos especialmente en las posibles asimetrías habidas en el seno de los países europeos, razón por la cual estos han sido distribuidos en las tres categorías -meramente- geográficas ya mencionadas.

1.1. Tasas brutas de natalidad, fecundidad y mortalidad en Europa (1950-2020)

Tabla 1. Tasa bruta de natalidad en Europa Occidental, del Norte y del Sur, Asia, África y otros países (1950-2020)

| Location/Decade | 50's | 60's | 70's | 80's | 90's | 00's | 10's |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Europe (‰) | 21.2 | 18 | 15.2 | 14 | 10.9 | 10.5 | 10.7 |
| Finland | 20.9 | 17.1 | 13.2 | 13 | 12.2 | 11.1 | 10.8 |
| Norway | 18.4 | 17.5 | 14.4 | 12.8 | 13.7 | 12.5 | 12 |
| Sweden | 14.9 | 14.8 | 12.6 | 12.2 | 12 | 11.4 | 12.2 |
| United Kingdom | 15.8 | 17.6 | 12.8 | 13.3 | 12.9 | 12 | 12.3 |
| Northern Europe | 16.7 | 17.4 | 13.5 | 13.4 | 12.7 | 11.9 | 12.1 |
| Greece | 20.3 | 18.8 | 16.9 | 12.9 | 10.3 | 10.2 | 8.5 |
| Italy | 17.9 | 18.2 | 14.7 | 10.5 | 9.4 | 9.5 | 8.4 |
| Portugal | 24 | 23 | 19 | 13.4 | 11.1 | 10.3 | 8 |
| Spain | 21.1 | 20.6 | 18.5 | 12.2 | 9.7 | 10.5 | 9 |
| Southern Europe | 20.9 | 19.9 | 17 | 12.6 | 10.5 | 10.1 | 8.9 |
| Belgium | 17 | 16.3 | 13 | 12 | 11.6 | 11.4 | 11.4 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| France | 18.7 | 17.6 | 14.9 | 13.9 | 12.6 | 12.7 | 11.9 |
| Germany | 16.2 | 16.9 | 10.8 | 10.9 | 9.8 | 8.6 | 8.7 |
| Netherlands | 21.7 | 20.2 | 14.2 | 12.5 | 12.6 | 11.8 | 10.6 |
| Western Europe | 17.4 | 17.4 | 12.7 | 12.1 | 11.2 | 10.5 | 10.2 |
| Mali | 51.1 | 50.2 | 50.2 | 49.1 | 48.8 | 48.2 | 43.3 |
| Africa (‰) | 48.1 | 47 | 45.9 | 43.8 | 39.7 | 37.5 | 34.8 |
| India | 43.1 | 40.7 | 37.5 | 34.3 | 28.8 | 24.1 | 19.4 |
| Asia (‰) | 40.5 | 39.4 | 32.4 | 28.9 | 22.8 | 19.3 | 17.1 |

Fuente: United Nations Population Division (2018a).

La Tabla 1 muestra a los países del Norte de Europa, que ven como descendiendo su tasa de natalidad entre un 10‰ y 2‰, mientras que el descenso es sustancialmente más acusado en el Sur y en el área occidental los descensos son algo más moderados. La tasa de natalidad es entonces significativamente mayor en los países del norte, mientras que el sur es la zona que menor tasa muestra, y la parte occidental ocupa una posición intermedia. Destacan los casos de Portugal o España, que desde el inicio hasta el final de la serie muestran un balance de -16‰ y -11,1‰ respectivamente, a la vez que Suecia es la única que consigue cierta estabilidad -descendiente- de su tasa de natalidad. Diríamos entonces que descensos de tales magnitudes corresponden a un régimen demográfico moderno o *post-transicional*.

En lo que concierne a Mali, las divergencias con el caso europeo son evidentes. La tasa de natalidad de este país durante la presente década cuadruplicará la tasa de España y quintuplicará la de Portugal, e incluso dentro del continente africano muestra tasas superiores a la media. No obstante, en ambos casos -estatal y continental- se observa una tendencia a la reducción de la natalidad, por lo que, manteniendo el esquema de la TTD, se encontraría en una *etapa inicial* de la transición en la que se comienzan a suavizar las magnitudes. Por su parte, el caso indio es también revelador, ya que sus tasas se reducen a la mitad en el balance de la serie con una caída constante, algo que sucede de forma similar con la tasa media de natalidad continental. Esta pronunciada caída sería compatible con una etapa de *maduración*, durante la que comienza un crecimiento persistentemente decreciente. En definitiva, los niveles europeos de natalidad rondan los 10 puntos para la presente década, cifra sustancialmente menor a la descendiente tasa del continente asiático, y que África ya triplica.

Tabla 2. Tasa bruta de fecundidad en Europa Occidental, del Norte y del Sur, Asia, África y otros países (1950-2020)

| Location/Decade | 50's | 60's | 70's | 80's | 90's | 00's | 10's |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Europe (‰) | 2.66 | 2.47 | 2.08 | 1.85 | 1.5 | 1.49 | 1.61 |
| Northern Europe | 2.42 | 2.6 | 1.93 | 1.83 | 1.75 | 1.76 | 1.85 |
| Finland | 2.89 | 2.43 | 1.64 | 1.67 | 1.78 | 1.8 | 1.78 |
| Norway | 2.72 | 2.85 | 2.08 | 1.75 | 1.88 | 1.87 | 1.83 |
| Sweden | 2.25 | 2.24 | 1.79 | 1.78 | 1.79 | 1.78 | 1.91 |
| United Kingdom | 2.34 | 2.69 | 1.87 | 1.81 | 1.76 | 1.77 | 1.88 |
| Southern Europe | 2.65 | 2.69 | 2.4 | 1.7 | 1.38 | 1.41 | 1.44 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Greece | 2.45 | 2.42 | 2.48 | 1.82 | 1.39 | 1.4 | 1.32 |
| Italy | 2.33 | 2.5 | 2.11 | 1.44 | 1.25 | 1.36 | 1.46 |
| Portugal | 3.11 | 3.16 | 2.69 | 1.82 | 1.47 | 1.41 | 1.26 |
| Spain | 2.62 | 2.83 | 2.7 | 1.67 | 1.24 | 1.34 | 1.36 |
| Western Europe | 2.44 | 2.56 | 1.81 | 1.6 | 1.51 | 1.62 | 1.68 |
| Belgium | 2.43 | 2.52 | 1.86 | 1.58 | 1.61 | 1.75 | 1.79 |
| France | 2.72 | 2.74 | 2.09 | 1.84 | 1.74 | 1.93 | 1.98 |
| Germany | 2.2 | 2.42 | 1.61 | 1.45 | 1.33 | 1.36 | 1.45 |
| Netherlands | 3.08 | 2.98 | 1.85 | 1.53 | 1.6 | 1.75 | 1.74 |
| Africa (‰) | 6.64 | 6.72 | 6.68 | 6.33 | 5.53 | 4.99 | 4.58 |
| Mali | 6.95 | 7.05 | 7.15 | 7.15 | 7.05 | 6.78 | 6.14 |
| Asia (‰) | 5.68 | 5.77 | 4.57 | 3.6 | 2.74 | 2.36 | 2.18 |
| India | 5.9 | 5.81 | 5.19 | 4.48 | 3.66 | 2.97 | 2.37 |

Fuente: United Nations Population Division (2018b).

Si miramos a la fecundidad, los países europeos vuelven a mostrar comportamientos similares a los precedentes. Esta tasa es superior en el norte, mientras que el sur ocupa el último lugar y, de nuevo, Europa Occidental se muestra en una situación intermedia. También se confirma la trayectoria descendente de la fecundidad en Europa, un rasgo propio de un régimen demográfico moderno.

La comparación con Mali es tremendamente fructífera: este país pasa de un 7‰ a un 5‰ en el balance de la serie, mientras que en Europa la fertilidad se reduce a menos de la mitad y no llega a superar la unidad. En la comparación continental sucede algo similar, si bien la caída de la tasa es algo más acusada en este caso. En otro sentido, India vuelve a ser un ejemplo clarificador, partiendo de una tasa de fertilidad elevada con un fuerte descenso hasta el nuevo siglo, con Asia de nuevo aportando valores inferiores a los indios. Con estos elementos de juicio, podríamos decir que Europa se configura como un *régimen demográfico moderno*, Mali (África) como uno *transicional* e India (Asia) como un sistema *post-transicional*. De nuevo, el caso de Europa es, para ambas tasas, llamativo: "

"Como se puede observar, el descenso ha sido dramático en muchas partes del mundo, con una TGF mundial que apenas alcanza el nivel de reproducción, [y] que, en Europa, está por debajo de dicho nivel y que, en España, es apenas el 50% de este. Este valor es uno de los más bajos del mundo" (Ayuso y Horlzman, 2014:6).

Tabla 3. Tasa bruta de mortalidad en Europa Occidental, del Norte y del Sur, Asia, África y otros países (1950-2020)

| Location/Date | 50's | 60's | 70's | 80's | 90's | 00's | 10's |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Europe (‰) | 10.7 | 9.8 | 10.4 | 10.4 | 11.4 | 11.5 | 11.05 |
| Northern Europe | 11.2 | 11.1 | 11.4 | 11.3 | 11 | 10 | 9.2 |
| Finland | 9.4 | 9.6 | 9.5 | 9.6 | 9.8 | 9.4 | 9.65 |
| Norway | 8.7 | 9.7 | 10.1 | 10.5 | 10.3 | 9.2 | 8.05 |
| Sweden | 9.7 | 10.2 | 10.8 | 11.1 | 10.9 | 10.2 | 9.3 |
| United Kingdom | 11.7 | 11.8 | 11.9 | 11.7 | 11.1 | 9.8 | 9 |

| | | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Southern Europe | 10.4 | 9.6 | 9.3 | 9 | 9.4 | 9.5 | 10.05 |
| Greece | 9.4 | 8.9 | 9.8 | 9.5 | 9.1 | 9.3 | 10.55 |
| Italy | 9.8 | 9.9 | 9.9 | 9.7 | 9.8 | 9.7 | 10.4 |
| Portugal | 11.6 | 11.1 | 10.3 | 9.7 | 10.3 | 10 | 10.55 |
| Spain | 9.8 | 8.7 | 8.3 | 8 | 8.8 | 8.7 | 8.85 |
| Western Europe | 11.5 | 11.5 | 11.4 | 10.9 | 10.1 | 9.5 | 9.85 |
| Belgium | 12.1 | 12.3 | 12 | 11.2 | 10.5 | 10 | 9.8 |
| France | 12.4 | 11.2 | 10.6 | 10 | 9.3 | 8.8 | 8.9 |
| Germany | 11.3 | 12.1 | 12.4 | 12 | 11 | 10.4 | 11.1 |
| Netherlands | 7.6 | 8 | 8.2 | 8.4 | 8.8 | 8.5 | 8.5 |
| Africa (‰) | 25.6 | 21.3 | 18 | 15.3 | 14.1 | 11.9 | 8.9 |
| Mali | 38.3 | 35 | 28.5 | 22.5 | 19.7 | 15.2 | 10.7 |
| Asia (‰) | 21.5 | 16.5 | 11.1 | 9 | 7.8 | 7.1 | 7.05 |
| India | 25.3 | 19.8 | 15.1 | 12.2 | 9.7 | 8.1 | 7.35 |

Fuente: United Nations Population Division (2018c).

Por su parte, la Tabla 3 muestra los índices de mortalidad para Europa y diversos países y continentes desde 1950 hasta 2020. En este caso, los valores europeos son moderados en su evolución, y no comprenden un alto rango. Identificamos, sin embargo, los mismos tres grupos de países -si bien las diferencias son menos significativas: un norte que muestra la tasa mínima de mortalidad, occidente evidencia una tasa algo más elevada y la tasa de mortalidad más elevada la encontramos en el Sur. Estas altas tasas de mortalidad en las sociedades *post-transicionales* se deben al proceso de envejecimiento, que habitualmente provoca una inversión de la pirámide de población.

En la comparación con los ejemplos seleccionados, la diferencia es evidente: el gran contraste en la natalidad se complementa con tasas sustancialmente menores que la europea (11,05‰), tanto por parte de Mali (10,7‰) como de India (7,35‰). África muestra una tasa de mortalidad de 8,9‰, mientras que Asia es la que muestra el índice más decrecido, en ambos casos llama la atención la acusada reducción de las muertes, que pasan en la presente década a ser un tercio del total de la mortalidad de 1950. La explicación de esta excesiva mortalidad en Europa estaría entonces en su misma estructura demográfica, fuertemente envejecida, mientras que en el caso de África comienza un evidente descenso, propio de un régimen en una fase inicial de la transición, tal como pone de manifiesto Mali. Por otro lado, en Asia encontramos una trayectoria similar que termina por arrojar un dato menor que el africano, por lo que, si sumamos a ello los datos anteriores, India se encontraría en una fase avanzada de la TD.

5. Dos casos concretos, peculiares y diferentes: evidencias y factores de las tendencias poblacionales en la estructura demográfica española e india.

5.1. Evidencias e indicadores

A continuación, mostramos varios índices demográficos que nos permiten realizar una comparación de naturaleza más específica entre la estructura

poblacional de la India y de España. A partir de ahí, en el siguiente apartado señalaremos algunos de los factores que interactúan con estas tendencias y que ofrecen explicaciones -si quiera parciales- para las mismas. Tal y como venimos sosteniendo, esta comparación tiene un propósito didáctico de cara al contraste entre un régimen demográfico postransicional frente a otro que ya ha completado tal transformación.

En primer lugar, se estudiará la estructura demográfica de ambos países, haciendo especial énfasis en el índice de reemplazamiento de la PA, la estructura de esta y la tasa de dependencia diferenciando entre jóvenes y mayores. Con respecto a la fecundidad, se estudiará la evolución desde mitad del S.XX de las tasas específicas de fecundidad en ambos países, la edad media de la madre al nacimiento y la razón de sexo para ambos países. Finalmente, también haremos referencia a algunas tasas específicas relacionadas con la mortalidad como la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida, la misma EV durante la edad reproductiva o la distribución de la población dependiente en ambos países.



Con respecto a la pirámide de la población india, al comienzo del período que aquí tratamos esta se configura claramente como una pirámide triangular o progresiva. Este tipo de estructura es propia de los regímenes

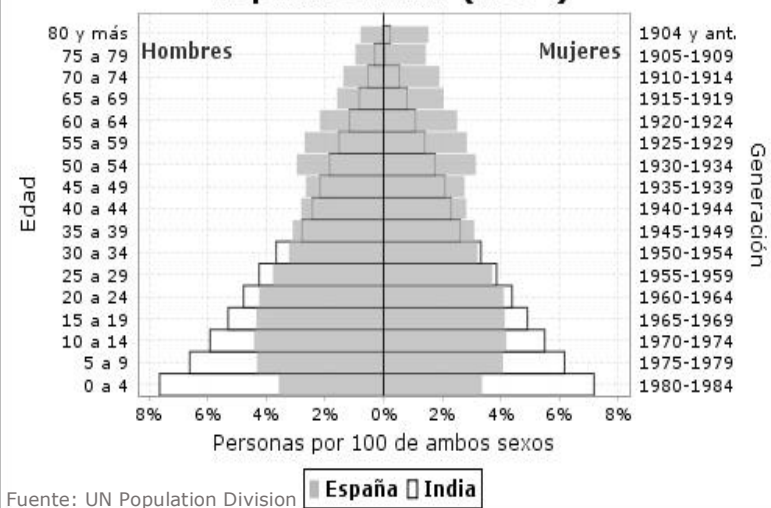
demográficos antiguos, donde la población es mayoritariamente joven debido a las elevadas tasas de natalidad, tal y como hemos visto en el apartado anterior. Paralelamente, la población va descendiendo a medida que aumenta la edad debido a la alta mortalidad -ya referenciada- y la baja esperanza de vida, a la que nos referiremos más adelante.

Asimismo, se aprecia una cierta uniformidad en la distribución de población. Este fenómeno podría estar relacionado con la fase de la TE en la que se ubica la India durante estos años. Así, a mediados de siglo, el país asiático se encuentra en la fase de erradicación de los efectos de las pandemias, por lo que la estabilidad responde a la eliminación de los "picos" de mortalidad y los efectos de las enfermedades infecciosas. Por último, cabe hacer referencia a una cierta discontinuidad que se aprecia en la cohorte de 0 a 4 años, donde hay un fuerte aumento de la natalidad para la generación nacida en 1946-1950. Este fenómeno debería estar relacionado con el contexto sociopolítico de posguerra en la India, en el que tienen lugar la

independencia de India y el comienzo de los Gobiernos de Nehru y Shastri, cuyas implicaciones desarrollistas, a las que ya apunta esta pirámide, se harán más evidentes a partir de las siguientes décadas.

En efecto, si observamos la estructura de población en el año 1984, estos efectos se hacen evidentes. Precisamente, el punto de inflexión se encuentra en la misma generación antes mencionada, ya que a partir de las generaciones nacidas en 1950-1954 se aprecia un crecimiento demográfico positivo que se extiende hasta la generación de 1980-1984. De esta forma, la base de la pirámide se ensancha mediante un crecimiento continuado y progresivo. Como se ha mencionado, tienen lugar durante este período algunos de los más importantes cambios estructurales a nivel político, económico y social en la India, como la reforma agraria, el desarrollo de los planes quinquenales, la extensión de la educación o la mejora en los hábitos alimenticios.

Gráfico 2. Pirámide poblacional superpuesta de España e India (1984)



Por último, la TD en la India hace que hoy podamos hablar de una pirámide de población en forma de campana. La base de esta estructura comienza a anticipar una moderación del crecimiento demográfico debido a la progresiva reducción de la natalidad. La población va descendiendo lentamente

a medida que aumenta la edad, teniendo en cuenta el aumento de la EV. Asimismo, destaca el alto peso de las generaciones nacidas en la década de los noventa y hasta principios del nuevo siglo. Esta estructura es propia de países en vías de desarrollo y, además, evidencia las consecuencias del "gran crecimiento demográfico" de la India (Bustelo, 2010).

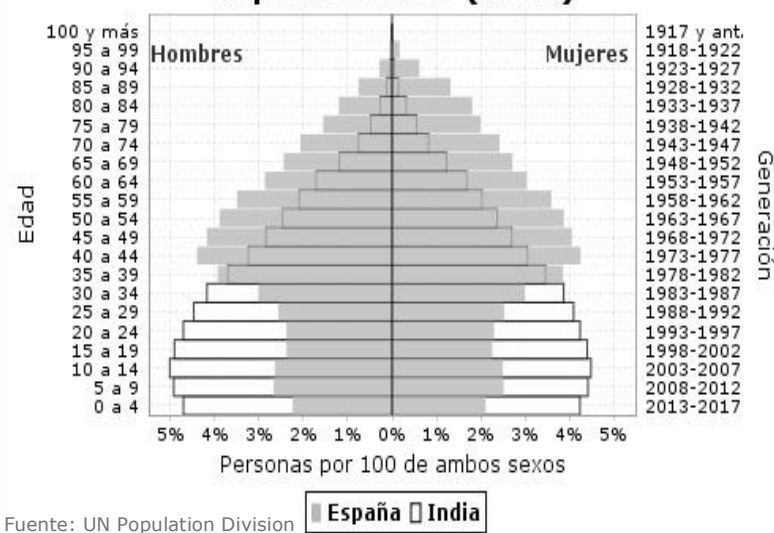
En otro sentido, la pirámide de población española en el año de inicio (1950) evidencia fuertes desequilibrios. En primer lugar, destaca el estancamiento del crecimiento natural de la población en las generaciones nacidas en 1911-1915 y 1916-1920. Este fenómeno responde a las oleadas de gripe española que comienzan en los años 1917 y 1918. Esta pandemia, considerada la mayor de la historia de la humanidad, tuvo una especial incidencia en la mortalidad infantil, de ahí este desequilibrio, que termina con la generación de 1921-1925. En otro sentido, un segundo punto disruptivo lo encontramos en las generaciones de 1936-1940 y 1941-1945, cuando tiene lugar la Guerra Civil Española. Asimismo, el lento crecimiento demográfico de los años posteriores corresponde al contexto de posguerra, caracterizado por

las cartillas de racionamiento, la ausencia de recursos y la miseria, y que no alcanzará su fin hasta bien entrada la década de los cincuenta.

Si nos situamos en la estructura poblacional de 1984, se observa una evidente continuidad de las oscilaciones en la distribución de la población por generaciones en España, por lo que volvemos a encontrarnos una pirámide de población desequilibrada. Este fenómeno se manifiesta de forma paradigmática en el "baby boom", que comienza en el año 1957 y finaliza en 1966, y que parte además de una fuerte disminución de la mortalidad infantil durante la década de los cincuenta. Así, la pirámide de población evidencia un fuerte crecimiento demográfico en las generaciones nacidas en 1955-1959 y hasta los años 70. Teniendo en cuenta, además, que durante la anterior década también se produce una expansión de los servicios sanitarios en España, como veremos más adelante. Asimismo, en la generación de 1980-1984 se aprecia un fuerte descenso de la natalidad, que podríamos relacionar con la modernización social y económica que, por ejemplo, llevará a la legalización del divorcio y la despenalización del uso de métodos anticonceptivos, además del cambio -primigenio- del rol de género femenino. Finaliza en este período la TD en España.

Por último, la pirámide de población actual es claramente regresiva o en forma de bulbo. Así, la mayor parte de la población se concentra en la edad adulta avanzada, especialmente a partir de la generación del "baby boom". Por el contrario, la tendencia que avanzaba la anterior pirámide mostrada se

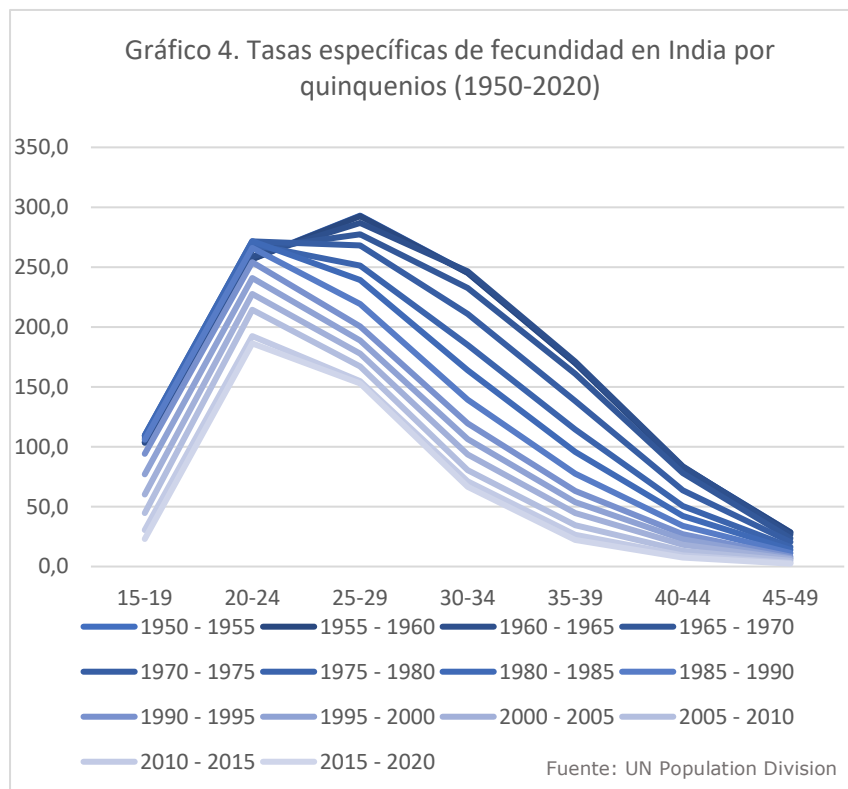
Gráfico 3. Pirámide Poblacional superpuesta de España e India (2017)



agudiza en los años posteriores, con una tendencia descendente de la natalidad para las generaciones nacidas desde 1983 hasta el año 2002. En este período, además de lo mencionado previamente, cabe destacar la influencia de la incorporación a la Comunidad Económica Europea o la progresiva pérdida de influencia de la

moral católica en España. Además, el desarrollo económico y, sobre todo, la centralidad de la clase media condiciona el número de hijos a la baja por la pretensión de reproducción de clase y estatus, entre otros factores. A partir de 2003 se aprecia un cierto aumento de la natalidad para las dos siguientes generaciones que, a primera vista, podemos relacionar con las políticas de fomento de la natalidad durante esta etapa, cuyo ejemplo paradigmático es el denominado "cheque bebé", que ofrecía una prestación de 2.500 euros por hijo, y que tuvo lugar entre el 1 de julio de 2007 y el 31 de diciembre de

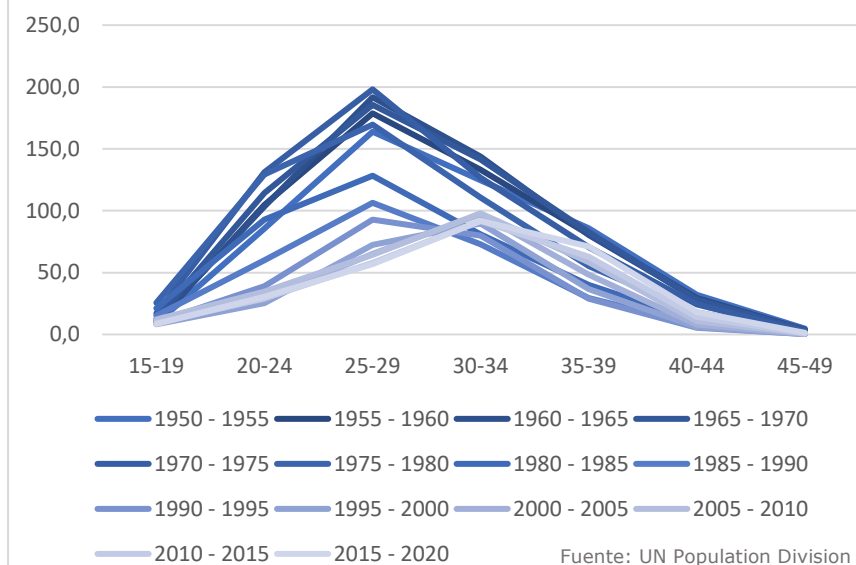
2010. Sin embargo, este fenómeno se encuentra previsiblemente relacionado con la inmigración, teniendo en cuenta el éxito más que relativo de las políticas natalistas. A partir de ahí, la "Gran Recesión" de 2008 provoca un estancamiento de la natalidad para la generación nacida entre 2008 y 2012 y la siguiente.



Con respecto a las tasas específicas de fecundidad a lo largo de la segunda mitad del S.XX, vemos como los índices del país asiático duplican a los españoles durante toda la serie. Así, a mitad del pasado siglo, la tasa de fecundidad en India en la cohorte de 35-39 años se situaba alrededor de un 175‰, y comienza a partir de ahí un descenso paulatino hasta alcanzar un 25‰ en la actualidad; mientras que en el caso español el dato para esta cohorte parte de alrededor de un 90‰ y mantiene una tendencia

descendiente hasta la década de los noventa, cuando comienza un paulatino ascenso.

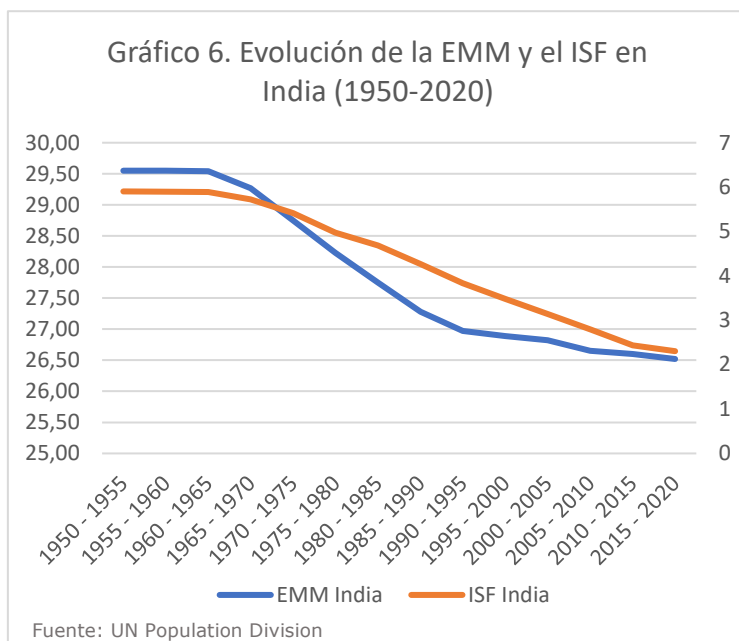
Gráfico 5. Tasas específicas de fecundidad en España por quinquenios (1950-2020)



La principal diferencia que podemos observar entre sendos regímenes demográficos con respecto a la fecundidad es la estabilidad en las tendencias de cada país. India mantiene estable su índice de fecundidad hasta los años ochenta, cuando comienza un descenso de intensidad diferencial en las diferentes cohortes de edad. En este sentido, esta caída es mucho más acusada para los grupos

de mayor edad, pese a que la proporción entre número de nacimientos y mujeres en edad fértil durante este período se reduce en todos los casos. Previsiblemente, este fenómeno obedece al crecimiento demográfico positivo del país asiático, que hace que el denominador del índice sea mayor.

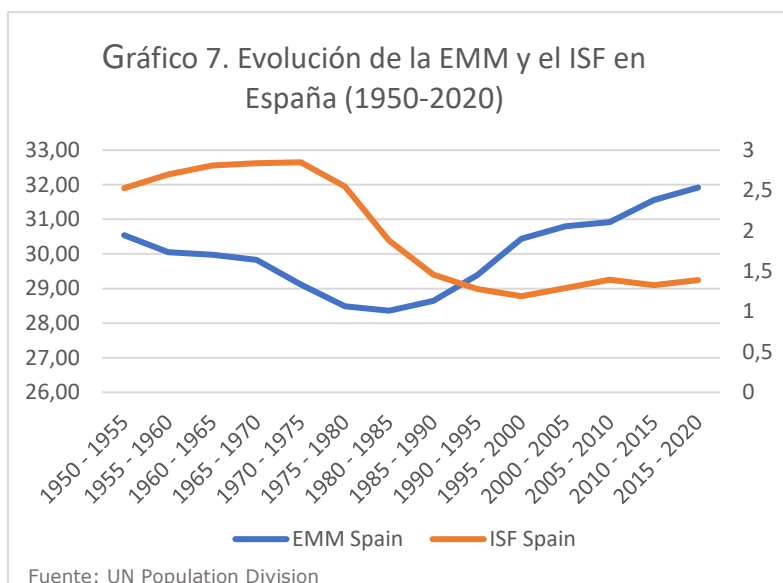
Por otro lado, la naturaleza asimétrica del desarrollo de la fecundidad en España se manifiesta de forma paradigmática a partir de los años sesenta. Por ende, vemos como la fecundidad aumenta durante toda esta década, previsiblemente debido al crecimiento demográfico positivo que representa la generación del "baby boom". No obstante, en la comparación entre cohortes podemos también observar asimetrías. Por ejemplo, el descenso a partir de tal década es mucho más acusado para las cohortes jóvenes (20-24, 25-29), mientras que, para el caso de las mujeres de 30 a 40 años, existe una mayor estabilidad. Podemos relacionar este fenómeno con el retraso en la edad de la madre al nacimiento.



Con respecto a la interacción entre la EMM y el ISF en India, el Gráfico 6 muestra un desarrollo relativamente interdependiente. No obstante, las asimetrías comienzan cuando nos fijamos en la evolución del ISF, que parte de un patrón de estabilidad hasta la década de los sesenta y a partir de ahí comienza un descenso gradual hasta encontrar una nueva estabilidad a partir de 2010, algo ya

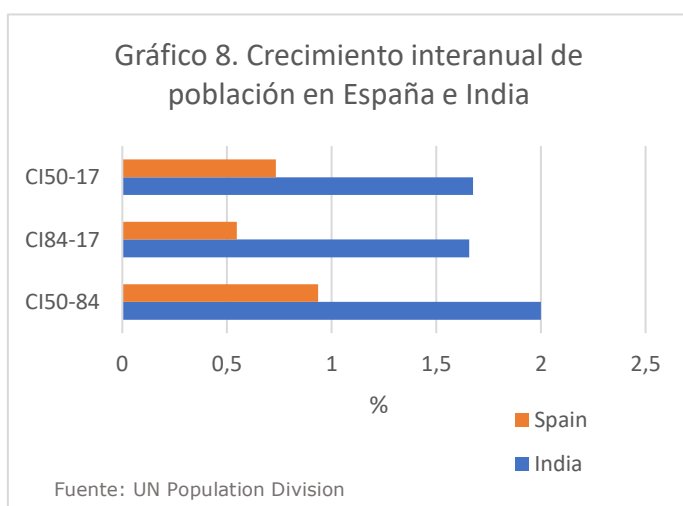
evidenciado por el Gráfico 7 para las cohortes más relevantes. Asimismo, la evolución de este indicador es coherente con la Tabla 1, dado que el número de nacimientos desciende en India. Por otro lado, la estabilidad responde a que el numerador del índice de fecundidad -el número de mujeres en edad fértil-, también se ve reducido a partir de 1980-1985, tal y como mostramos posteriormente en la razón de sexo. Por ende, un descenso de las dos magnitudes -aunque en dos puntos temporales diferentes- nos deja un cierto equilibrio en la tendencia.

Con respecto a la EMM encontramos una coincidencia en la estabilidad de la tendencia hasta 1960, no obstante, a partir de ahí su descenso es mucho más pronunciado que el del anterior indicador, y también encuentra una relativa estabilidad años antes, a partir de 1995. En síntesis, las mujeres indias pasan de tener más hijos a mayor edad, a tener menos hijos pero a una edad más joven: de tener 6 hijos con una edad media de 30 años, a tener 2 con una edad media de 27.



En el caso español, vemos como una perspectiva longitudinal de ambos indicadores muestra tendencias mucho más asimétricas. Así, la EMM desciende hasta el año 1985, y a partir de ahí inicia una fuerte tendencia ascendente. Con respecto al ISF, las españolas pasan de tener casi tres hijos en estos mismos años

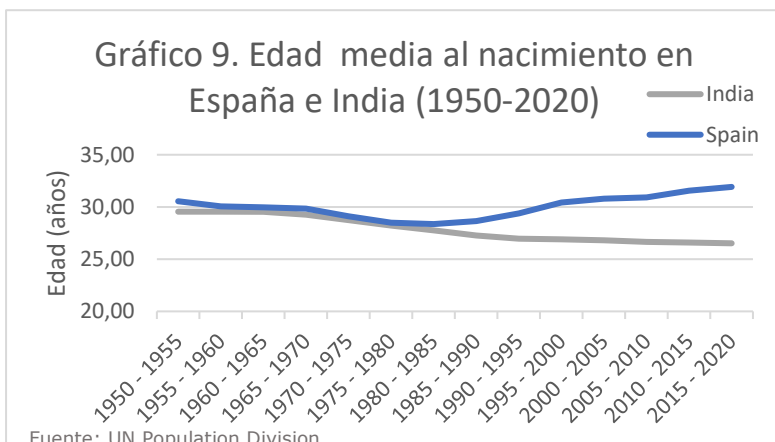
ochenta -cuando se encuentra en valor máximo de la serie-, a tener poco más de uno en la actualidad. El punto disruptivo es en la década mencionada, encontrando una cierta estabilidad en estos reducidos valores a partir de finales de la década de los noventa y en el comienzo del nuevo milenio. Por ende, este gráfico deja claro que las mujeres españolas han reducido su número de hijos a medida que aumentaba la edad en la que los tenían, dada la reducción del período reproductivo posterior: pasan de tener 3 hijos a los 28 años en las décadas de 1960 y 1970, a tener 1,2 hijos a los 32 años en la actualidad. Podríamos relacionar esta dinámica con el contraste entre el "baby boom" y la llegada de la democracia en las décadas de fuerte reducción del ISF -divorcio, anticonceptivos, progresiva incorporación al mercado laboral, cambio de la institución marital y familiar...-.



Las dinámicas descritas guardan una estrecha relación, como es evidente, con el crecimiento interanual de la población. Así, España muestra un mayor porcentaje de crecimiento interanual para los años en los que el ISF era mayor y la EMM era más baja (CI50-84), mientras que encontramos la situación inversa en el resto del período (CI84-17); si bien,

de forma previsible, el primer crecimiento tiene más que ver con la natalidad y el segundo, más moderado, con la inmigración. Con respecto a la India, esta muestra un alto crecimiento interanual para todos los años seleccionados. Como hemos visto anteriormente, este es mayor para los años 1950-1984, cuando hay un elevado ISF y una EMM baja, mientras que para los años 1984-2017 el crecimiento es de naturaleza más moderada. En

definitiva, creemos que existe una cierta coherencia entre el crecimiento interanual y la interacción entre el ISF y la EMM tanto para España como para la India.

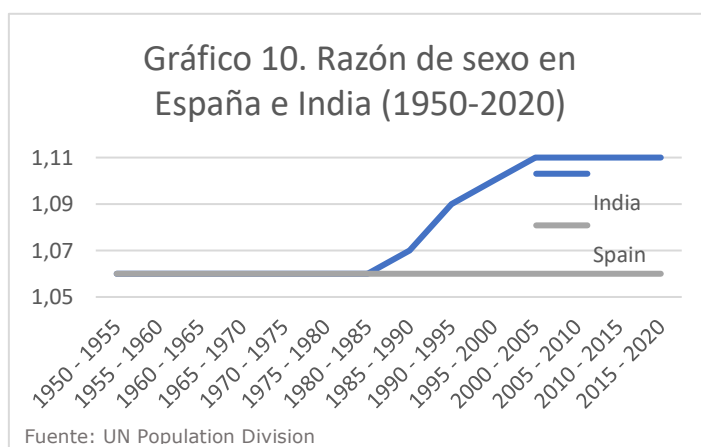


En efecto, vemos como existen acusadas diferencias entre las edades a las que las madres indias y españolas dan a luz a sus hijos. Así, si bien India mantiene siempre una edad media mayor que la española, esta divergencia se hace

mucho más evidente a partir de mediados de la década de los setenta. Con respecto al balance del ciclo, en España aumenta en dos años la edad media en la que las madres tienen a sus hijos, mientras que en la India se reduce casi en cuatro.

Estas referencias guardan una clara relación, para este segundo caso, con el "gran crecimiento demográfico" indio que veremos en el apartado siguiente, además de la mayoría rural en la población india -cuya edad media al nacimiento es sustancialmente menor. Así, la reducción de la edad media de las madres indias hace que aumente el número de años de período reproductivo, y de ahí tal crecimiento poblacional. Por el contrario, existe un claro punto disruptivo para el caso español a partir de la década de los ochenta, cuando la llegada de la democracia provoca importantes cambios sociales que varían el rol de las mujeres en la institución familiar, a la que ya nos hemos referido. En definitiva, estos datos muestran tendencias claramente divergentes para un régimen en transición y uno que ya ha completado tal proceso. Sin embargo, no es menos cierto que existe una cierta estabilización de este patrón en la India a partir de los años noventa.

Si nos referimos a la proporción entre nacidos de cada sexo en ambos países, el dato no puede ser más revelador. Como es lógico, esta constante biológica se manifiesta en el caso español con una estabilidad total durante toda la serie. Sin embargo, en la India existe una evidente disruptión a partir de los

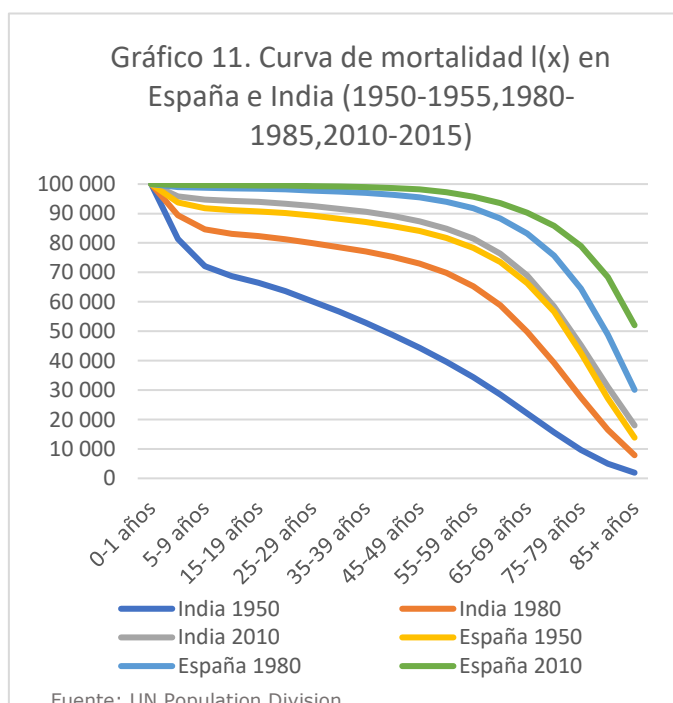


años ochenta, que se aleja progresivamente de lo que podríamos denominar el rango de razón de sexo explicado por factores naturales. Así, podemos

considerar que todo aumento de esta ratio a partir de 1,07-1,08 es debido a algún factor o injerencia externa en las pautas demográficas.

En el caso de la India, la misoginia se encuentra fuertemente arraigada en la institución familiar a través de, por ejemplo, la dote, lo que explica en parte tal reducción a través del feminicidio. De forma más concreta, la introducción de la ultrasonografía en India a partir de los años ochenta pueden guardar una estrecha relación con el punto disruptivo que muestra el gráfico. Así, la disposición de una tecnología que permite identificar el sexo del feto favorece, como es evidente, la realización efectiva de tal misoginia a través del aborto selectivo de los fetos femeninos. Teniendo en cuenta, además, que este tipo de dispositivos de ultrasonido se encuentran muy extendidos a partir de estos años, incluso en las zonas rurales del país.

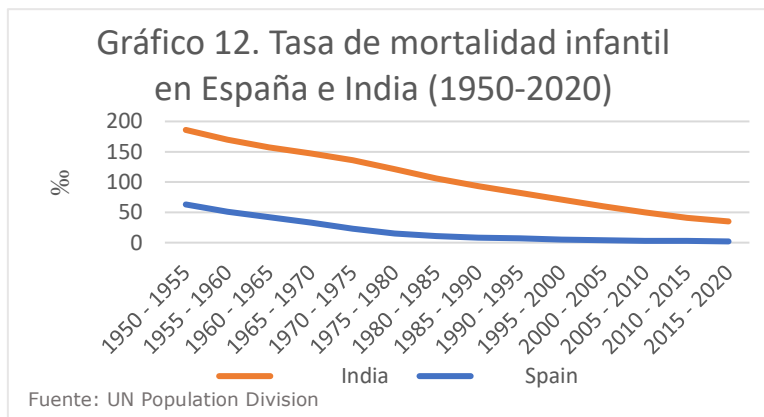
Esta tendencia creciente alcanza su punto álgido en el año 2000, y a partir de ese año se aprecia una estabilización de la tendencia en una ratio de 1,11 niños nacidos por cada niña. Podemos relacionar este comportamiento de la tendencia con la aprobación en año 1994 de la Ley de Técnicas Diagnósticas Previa a la Concepción y el Nacimiento, que prohíbe la identificación del sexo del feto antes del nacimiento. Asimismo, que no se consiga con este tipo de medidas una reducción -más allá de la estabilidad- del índice de masculinidad, responde de forma previsible a la desigual aplicación de tales disposiciones en función de la asimétrica presencia gubernamental en determinados territorios; especialmente en las áreas rurales del país, y de ahí también sus efectos tardíos.



En primer lugar, una referencia obligada cuando tratamos la mortalidad es la perspectiva longitudinal que muestran las curvas de $l(x)$. En un régimen demográfico pretransicional, como es el caso de la India en 1950, la mortalidad se encuentra más distribuida entre todas las cohortes de edad. Progresivamente, a medida que tiene lugar la TD, se altera la distribución de la mortalidad con un desplazamiento de la curva hacia la derecha, ya que la mortalidad se concentra en gran medida en las edades

avanzadas, mientras que la mortalidad en la edad joven y adulta es cada vez menor por el aumento de la EV. Este desplazamiento es evidente en el caso de un régimen demográfico postransicional como el español, especialmente para el quinquenio más reciente (2010). Asimismo, cabe mencionar que, en

términos de distribución de la mortalidad, la distribución actual de la misma por cohortes de edad en la India es muy similar a la habida en España en 1950, cuando el país europeo está viviendo su TD, el mismo proceso en el que el país asiático se encuentra envuelto en la actualidad. En síntesis, este gráfico muestra una de las grandes dinámicas que la TD implica de forma general: el desplazamiento de la curva de mortalidad hacia la derecha, en proceso en la India y consolidado en España.

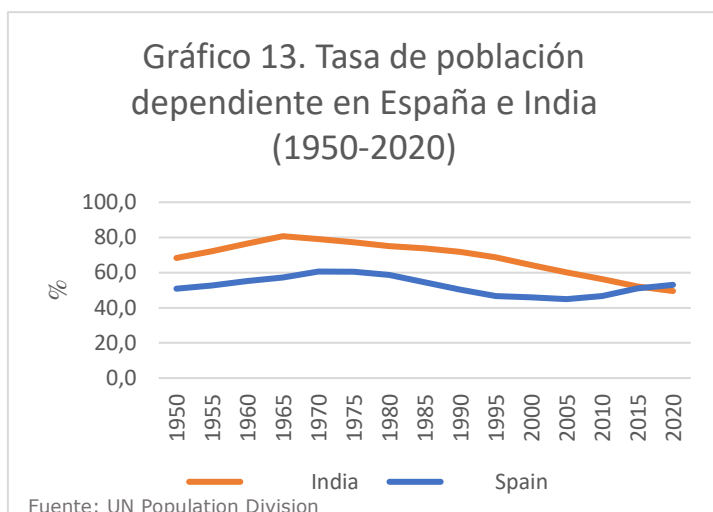


En lo que concierne a la tasa de mortalidad infantil, ambos países muestran una tendencia decreciente durante todo el ciclo. En el caso español, este dato es sustancialmente menor al indio, por lo que resulta congruente

con las diferencias que podríamos prever entre un régimen demográfico en transición y otro que ya ha completado el proceso. Así, la tasa en el país europeo pasa de un sesenta por ciento a un dato prácticamente nulo en la actualidad. Un fenómeno que guarda una estrecha relación con la transición epidemiológica española, que comienza alrededor de la década de los cincuenta y supone una drástica reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas en la mortalidad, así como la sustitución de esta por la morbilidad debido al envejecimiento y la consecuente cronificación de patologías.

Por otro lado, en la India encontramos un fenómeno similar, en tanto que también se refiere a las consecuencias de la transición epidemiológica. Así, la tasa de mortalidad infantil pasa de un 190‰ en el primer año de la serie a algo más de un 50‰ en el último año que recoge la División de Población de la ONU. Como se ha mencionado, durante este período tiene lugar en la India una reducción de las grandes fluctuaciones en la mortalidad propias de un régimen demográfico antiguo. El país asiático entra así en la segunda etapa de la TE, cuando se reducen drásticamente los efectos de las pandemias, algo que tiene especial incidencia en la mortalidad infantil (Olshansky y Ault, 1986):

“The most favorable effects on survival were, therefore, concentrated among infants, children, and women of childbearing ages, which resulted in increased prospects for surviving to and through adulthood. During this stage, life expectancy at birth increased to about 50 years of age”

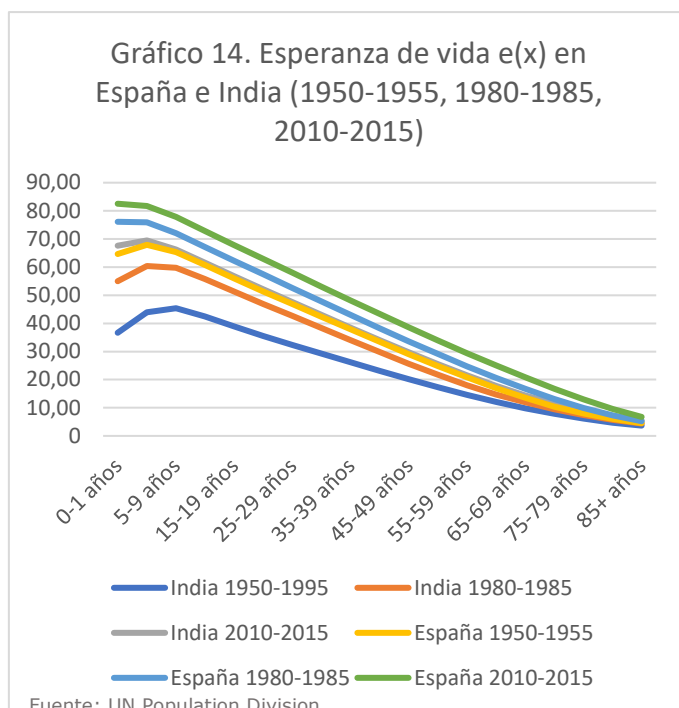


Otra cuestión interesante, y que revela las especificidades en la estructura demográfica de ambos países, es la tasa de población dependiente. Como vemos, esta es sustancialmente mayor en la India hasta el año 2015, cuando hay un punto de convergencia con la tasa española. Así, el país asiático pasa de una tasa de dependencia de 70‰

en el año 1950 a un 50‰ en la actualidad; mientras que España pasa de este último dato en el comienzo de la serie a un ligero aumento de este en la actualidad.

Así, podemos ver de nuevo los efectos del "baby boom" de los años sesenta a través de esta tasa, ya que este gran aumento de la natalidad eleva sustancialmente el peso relativo de la población de menos de 14 años y más de 64. A medida que esta generación entra en la adultez, la tasa de ve reducida hasta la primera década del presente siglo. A partir de ahí comienza un aumento derivado del envejecimiento poblacional que, previsiblemente, no dejará de aumentar en los próximos años, con la entrada en la vejez de la misma generación nacida en los sesenta. Eso sí, esta suposición se hace partiendo de la estabilidad de los actuales patrones de natalidad en España, algo que parece relativamente verosímil en tanto que común a todos los regímenes demográficos modernos.

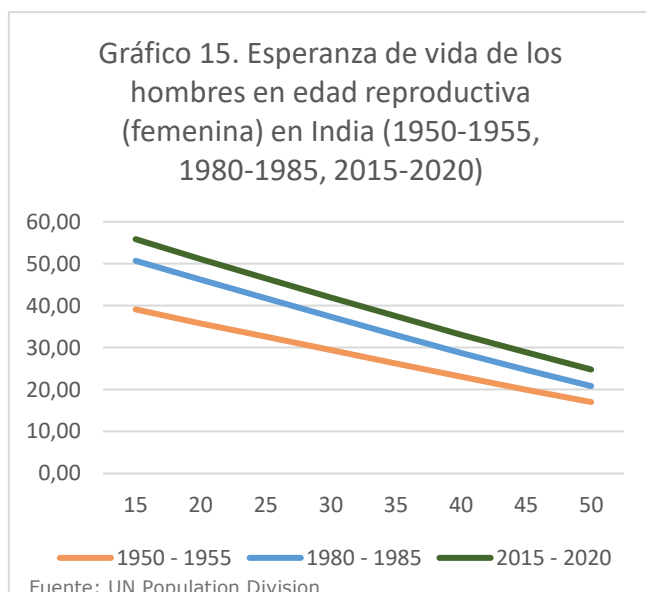
Teniendo en cuenta lo anterior, la relativa coincidencia de la actual tasa de población dependiente en la India y en España es, ciertamente, engañosa. Mientras que en el caso europeo esta tasa se debe a la envejecida población, en el país asiático este porcentaje se relaciona con el "gran crecimiento demográfico" de finales del S. XX. Así, para la India esta cohorte aumenta su peso en la distribución hasta mediados de la década de los sesenta, y a partir de ahí comienza un acusado descenso que continua hasta nuestros días. Tal y como se ha mencionado, esta reducción tiene lugar debido a que se produce un aumento de los nacimientos en el país asiático, por lo que la población dependiente está formada principalmente por menores de edad que, en la actualidad, están alcanzando la edad adulta. Así, detrás de la aparente



paridad de la tasa de dependencia se esconde una situación dicotómica a la del caso español⁹.

Este gráfico muestra las tendencias de la EV en España e India para tres quinquenios a lo largo de la serie. Así, la EV en la India ha ido aumentando hasta situarse en los niveles que mostraba España en el quinquenio 1950-1955, mientras que este país muestra valores sustancialmente mayores en la actualidad. Esta dinámica guarda una estrecha relación con el Gráfico

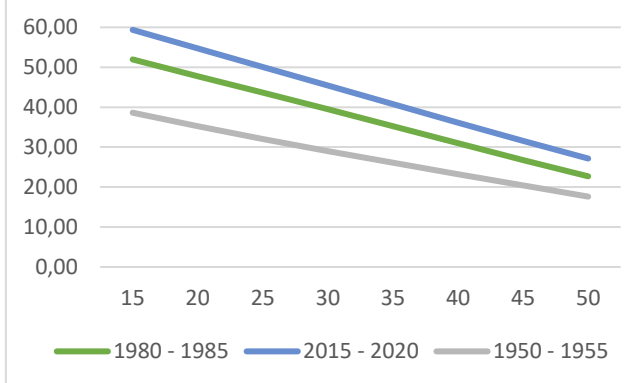
(NUMEROOOO), que muestra las curvas de mortalidad de ambos países para los mismos quinquenios, y donde podemos observar la misma coincidencia para 1950-1955 y 2010-2015 en España y la India respectivamente.



Por último, nos gustaría detenernos en los indicadores sobre EV en edad reproductiva (femenina) para ambos sexos. Esta es, según Bustelo (2010) uno de los principales eventos demográficos reseñables que ocurren en la India durante su proceso de transición. Por un lado, los datos evidencian una mayor EV para las mujeres en los tres quinquenios, algo que se relaciona con factores biológicos obviamente invariables.

⁹ Véase la tabla para más información sobre la distribución de la población dependiente en España.

Gráfico 16. Esperanza de vida de las mujeres en edad reproductiva en India (1950-1955, 1980-1985, 2015-2020)



Sin embargo, el gap entre la EV de ambos sexos es inusualmente reducido, cuando no insignificantes. En este sentido, cabría esperar una diferencia mayor de la EV, donde las mujeres deberían mostrar valores sustancialmente mayores a los masculinos. En efecto, podemos entonces decir que los datos recabados apuntan a la hipótesis señalada por Bustelo, si bien una confirmación robusta de la misma exigiría de

la diferenciación de los efectos en la EV de las constantes biológicas y otros factores culturales, económicos, políticos, epidemiológicos o sanitarios, como, por ejemplo, las muertes femeninas durante el parto.

5.2. Teoría y empiria

a. España en el contexto de Europa

En la determinación teórica de las causas e interrelaciones de los cambios demográficos, comenzaremos por la importancia del crecimiento económico y la forma en la que este conjunto de factores es teorizado por las tres hipótesis expuestas. Para el caso español, la principal transformación al respecto tiene lugar en la distribución de la población activa (PA) en los diferentes sectores productivos. Se produce antes del inicio de la serie, en la década de los cuarenta, cuando tiene lugar un cambio que implica el descenso del porcentaje de población circunscrita al sector primario, y que es paralelo al incremento de la población ocupada (PO) en los sectores secundario y terciario. El primero pasa de acumular al 64% de la PA en 1900 al 11% en 1990, mientras que los segundos alcanzan un 44 y un 49 por ciento respectivamente en esta última década del S. XX (González, 1996).

Asimismo, el proceso de urbanización y crecimiento económico de la década de los sesenta tiene un doble efecto: por un lado, aumenta la población urbana, por lo que la población se aglomera en mayor medida en núcleos urbanos de más de 100.000 habitantes; en otro sentido, tiene lugar un proceso de saneamiento de las viviendas, ya que, por ejemplo, el porcentaje de estas con agua corriente pasa de un 1,26 a un 66 por ciento desde 1900 a 1991; una última expresión de tal desarrollo es el fuerte aumento de los vehículos automóviles matriculados en España desde 1950 hasta 1990 (González, 1996). En este sentido, este conjunto de factores se encuentra directamente relacionado con la propuesta de la TTD, que liga el crecimiento demográfico y el económico. No obstante, y tal y como veremos,

estas transformaciones son incluidas en el marco de una transición de riesgos para la TTS.

Un segundo elemento de transformación de la estructura demográfica española es la (b) transición epidemiológica que, como hemos visto, consiste en la sustitución de las enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad, así como en la separación entre esta y la morbilidad. La estructura de esta última se ve modificada en España a partir del inicio de la serie (1950) por diferentes causas, a diferencia de la tendencia europea, donde el cambio tiene lugar décadas antes. La configuración epidemiológica pasa a estar caracterizada por (1) un abandono del patrón de mortalidad determinado por las enfermedades infecciosas y (2) el control de estas enfermedades durante la etapa infantil, y también un acotamiento de las patologías que se transmiten por el agua, los alimentos o el aire -como la fiebre tifoidea o la tuberculosis para los dos últimos casos- (González, 1996). A pesar de las posibles simetrías entre este factor y la propuesta epidemiológica, este patrón de morbilidad tiene como algunos factores explicativos para el caso español el (1) desarrollo económico, que incide en la mejora de las condiciones de vida, (2) la incidencia indirecta de algunas inversiones públicas en materia de vivienda, sanidad o educación -sobre la que volveremos más adelante- o la (3) disposición de una infraestructura higiénico-sanitaria adecuada, que veremos en el punto siguiente. En cualquier caso, estos factores evidencian la debilidad teórica de la TTE para su aplicación al caso español.

Este proceso culmina con la sustitución de la mortalidad por la morbilidad, ya que el aumento de la EV en España favorece la cronificación de patologías que se asocian a la vejez, en un proceso que va claramente más allá de una relación monocausal¹⁰.

Una vez tratados las aproximaciones económicas y epidemiológicas, haremos referencia a la aplicación de las dos aportaciones fundamentales de la TTS para el caso español: la transición sanitaria y la transición de riesgos. Todo ello teniendo en cuenta que estos factores sólo pueden ser disgregados en un ámbito conceptual, como veremos a continuación.

En primer lugar, con respecto a la (4) transición de los riesgos, esta consiste en la eliminación de las carencias primarias -agua, vivienda...- hacia los riesgos modernos, relacionados con el proceso de urbanización e industrialización -contaminación, accidentes de tráfico o laborales...-. Por ende, esta propuesta va más allá de la TTD en tanto que enmarca el crecimiento económico en la transformación de una estructura de riesgos, que ofrece diferentes explicaciones parciales para el patrón epidemiológico: la redistribución de la PA en distintos sectores de actividad económica, que da lugar a nuevos problemas de salud; la urbanización masiva a partir de los años sesenta, que provoca una modificación ambiental y de los estilos de vida, por lo que aumentan las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas o alcohol, el tabaquismo, la contaminación, la nutrición o los

¹⁰ Para observar la evolución de la población joven, adulta y mayor en España véase el ANEXO I.

accidentes de tráfico; o la asistencia sanitaria, ya que tiene lugar un aumento del gasto sanitario y de las prestaciones asistenciales, que incide especialmente en la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, lo que a su vez ayuda a la reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas a través de campañas sanitarias y programas de vacunación (González, 1996). En definitiva, el planteamiento de una transición de riesgos supone la inclusión del crecimiento económico como un factor interactuante junto con otros de naturaleza sociológica, sanitaria o política.

En otro sentido, en España también tiene lugar una (5) transición de la atención sanitaria que, como se ha mencionado, provoca la reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas. En este sentido, podemos mencionar como evidencias de la importancia de este factor -que ignoran la TTD y la TTE-: (a) el aumento del número de profesionales sanitarios colegiados, que muestra una tendencia claramente ascendente durante la serie, especialmente a partir de los años 70, multiplicándose por cuatro en el período al que aquí nos referimos; (b) el número de camas hospitalarias, que desciende hasta los 90 debido a la reducción de la atención pública de los paciente crónicos; y, además, por el desarrollo de los servicios de especialización en el tratamiento y hospitalización de las enfermedades agudas¹¹; y (c) el aumento de las partidas presupuestarias destinadas a la Dirección General de Sanidad, que comienza en un 0,08% en 1900 y alcanza su punto álgido durante la I República con un 0,71%. Pasada la posguerra -cuando la inversión se mantuvo por debajo del 1%- , en el primer año de la serie (1950) el presupuesto se sitúa en un rango de 1-1,5%, y será en 1967 cuando se inicie un ascenso importante. En definitiva, y pese a la utilización de indicadores indirectos, sí que podemos afirmar la existencia de evidencias que apuntan a un aumento de la eficacia y los recursos de la atención sanitaria española para aquellas patologías que causaran una muerte evitable del paciente (González, 1996).

En síntesis, la TD en España supone una tendencia descendente de la mortalidad a lo largo del período, principalmente debido a la reducción de la mortalidad infantil-juvenil, mientras que la natalidad muestra un comportamiento más "paralelo" (González, 1996:227). Los motivos de tal descenso podrían ser resumidos en: (1) la indisposición previa de remedios efectivos para el tratamiento de la mayoría de enfermedades infecciosas; (2) el grado de desarrollo socioeconómico del país, que incidía en unas condiciones higiénico-sanitarias deficientes; (3) los factores culturales, especialmente concernientes a la divulgación de la conciencia sanitaria o la "higiene de la inteligencia", así como por la existencia de una infraestructura pública al respecto; y (4) también debido a que el aumento de la morbilidad provoca un aumento de la EV, especialmente a partir de los años 40.

Por ende, encontramos en esta síntesis factores epidemiológicos, económicos y sanitarios. No obstante, lo interesante de esta aportación es que pone en liza dos factores que, a nuestro juicio, deben ser más tenidos en

¹¹ Cabe destacar, en este sentido, el papel del Seguro Obligatorio de Enfermedad y del Instituto Nacional de Salud (González, 1996).

cuenta, al menos para el caso español: los factores culturales y políticos. A continuación, argumentaremos brevemente esta posición en base a la especificidad de la experiencia histórica en España.

Con respecto a la incidencia (6) política en los cambios demográficos, basta con recordar los elementos fundamentales de la transición sanitaria en España sistematizados por Robles González (1996). En este sentido, es evidente que, por ejemplo, un acceso universal a una sanidad pública no tiene los mismos efectos que la provisión mercantilizada de la sanidad, ya que sus interacciones con la estructura epidemiológica dependerán del contexto. En cualquier caso, estas incidencias políticas se harán evidentes con el tratamiento del caso indio y, especialmente, la referencia a China.

Un último apunte es el que concierne a la influencia de los factores culturales, identitarios y étnicos específicos sobre las dinámicas demográficas. En este punto, tanto el caso español como indio constituyen ejemplos paradigmáticos de la importancia de las especificidades de tal naturaleza.

Por ejemplo, una primera aproximación a la cronología de la caída de la natalidad en España es tremendamente reveladora en lo que respecta a la difusión de las tendencias demográficas. Así, tal y como indica Arango (1980:191), en la "adopción masiva de los nuevos comportamientos reproductivos (...) [los] factores de orden cultural resultaron fundamentales". Se refiere el autor a la supuesta extensión del patrón demográfico de baja fecundidad en base al desarrollo material. Sin embargo, el caso español demuestra que, en esta difusión, la tradición, la religión o el lenguaje juegan un papel fundamental, algo que también confirman otros casos como el rumano (Arango, 1980). Esta tendencia en España se expande desde un núcleo inicial, para posteriormente iniciar un "efecto contagio" por cercanía: de Barcelona al País Valenciano y a las Islas Baleares. En efecto, esto indicaría a un rol importante de los factores étnicos y/o lingüísticos en el proceso transicional, algo a lo que también apuntan otros fenómenos como la mayoría católica en el sur de Europa, que difícilmente podemos desligar de las tendencias demográficas en términos de fecundidad. En el caso tratado, incluso podríamos relacionar la experiencia en Cataluña con lo que Masjuan denomina "discurso demográfico catalanista", que toma forma en una serie de "justificaciones político-demográficas nacionalistas [que] se fundamentaban en la tesis burguesa del crecimiento urbanístico y demográfico ilimitado" (2002:77). Valga esta breve mención para resaltar la importancia de los factores étnicos o identitarios, además de los políticos, en las tendencias poblacionales.

b. La India en el contexto asiático

Para el estudio de la estructura de población de India, intentaremos una aproximación en base a dos premisas previas: (1) una comparación con el caso Chino por sus similitudes históricas, culturales, económicas y demográficas -si bien son dos sociedades muy distintas en la actualidad desde este último punto de vista-; y (2) nos centraremos en tres conjuntos de

factores principales: el crecimiento económico, para intentar profundizar en su papel como causa y consecuencia en este proceso; y los factores políticos y culturales, en tanto que, teniendo en cuenta el caso tratado anteriormente, consideramos que deberían tener un mayor protagonismo teórico, y, por tanto, marcan una cierta debilidad de las tres hipótesis seleccionadas.

En una primera aproximación, India se sitúa en la actualidad como el segundo país más poblado del mundo, sólo por detrás de China. Ambos con una ventaja de más de mil millones de habitantes sobre el siguiente, EE.UU. Esto es resultado de lo que podemos denominar el gran crecimiento demográfico de la India durante las últimas décadas, en el que tienen especial relevancia tres factores: (1) la ausencia de una política de control de la natalidad al modo chino; (2) una menor renta per cápita; y (3) una mayor proporción de población rural con respecto a China. Estos desequilibrios se traducen en una menor renta por habitante, teniendo en cuenta también el crecimiento del PIB chino, sustancialmente mayor al indio (Bustelo, 2010).

En cualquier caso, el crecimiento poblacional es mayor en la India debido a que la tasa de fecundidad es sustancialmente mayor que en China, donde ésta ni siquiera garantiza un reemplazo generacional (Bustelo, 2010).

Con respecto a la estructura de población del país asiático, y dado que no es nuestra pretensión realizar una sistematización de la misma -sino utilizar el caso indio como ejemplo-, esta puede ser sintetizada a través de diferentes categorías. Con respecto a (a) la estructura por edades, sabemos que, en 2010, un tercio de la población india tenía entre 0 y 14 años, mientras que sólo un 11,9% de la misma tenía 65 años o más. Esto significa que la India aventaja a China en más de diez puntos porcentuales en población joven y tiene un cinco por ciento menor de población de avanzada edad: "La edad mediana es de 24,7 años en la India y de 33,8 años en China" (Bustelo, 2010:20)¹².

Por otro lado, tal y como muestra la Tabla X, la población joven en la India pasa de ser un 39% en el año 1984 a un 27,78% en la actualidad, mientras los mayores suponen un 3,14% del total y hoy suponen un 6%. Así, estos datos ponen de manifiesto la actual situación transicional de la estructura demográfica india.

Si nos fijamos en la (b) división entre población de ámbito rural y urbano, vemos que el porcentaje de la segunda cohorte en India es de un 29%, diez puntos menos que en China. Pese a su crecimiento demográfico, India es un país en los inicios de un proceso de industrialización que China ya ha completado relativamente, por lo que la mayoría de su población se dedica al sector primario, algo que favorece la fecundidad ya que "Las familias urbanas son más pequeñas que las rurales" (Bustelo, 2010:21).

Con respecto a la (c) interacción entre la propia fecundidad y la mortalidad, el mayor crecimiento demográfico indio también se explica por el

¹² Para más detalle sobre la distribución de la población de la India por cohortes de edad, véase el ANEXO I.

descenso de la mortalidad en China, que comienza a principios del S. XX. Por el contrario, esto no sucede en la excolonia británica hasta finales del pasado siglo. Paralelamente, el descenso de la fecundidad ha tenido lugar en las décadas inmediatamente anteriores a la actual, pasando de un 30,7‰ en 1990-1995 a un 23‰ en 2005-2010.

Por último, la actual estructura de población china muestra un gran número de Población en Edad de Trabajar (PET), si bien el descenso de la fecundidad marcará una diferencia fundamental entre ambos países. En efecto, la (d) tasa de dependencia¹³ “es sustancialmente mayor en la India, dado el alto porcentaje de menores de quince años” (Bustelo, 2010:22). En este sentido, la tasa actual de dependencia pasa de un 73% -sobre la PET- en 1984 al 50% actual; sin embargo, una referencia obligada es mencionar que alrededor del 80% de los dependientes son menores de 14 años.

B.1. La importancia de la PET

La comprensión del caso indio no puede ser completa sin tratar la PET. Esta referencia no es útil únicamente para la descripción del caso indio en sí; sino también para observar los diferentes resultados que puede surgir de la interacción entre los diferentes factores involucrados en las tendencias demográficas, tal y como muestran las diferencias vigentes entre China y la India.

En la India, el porcentaje de PET ha crecido más de un 10% en las últimas décadas, mientras que en China el proceso comienza antes y, actualmente, siete de cada diez chinos tienen entre 15 y sesenta y cuatro años (Bustelo, 2010). Así, en el caso aquí tratado el peso relativo de la PET seguirá aumentando hasta la década de los cuarenta del presente siglo, lo que hará disminuir la tasa de dependencia: “India no sólo es joven, sino que seguirá siéndolo en el próximo cuarto de siglo” (Bustelo, 2010:22)¹⁴.

La cuestión de la PET no es baladí, ya que el aumento de esta en términos absolutos implica un “impulso demográfico” al crecimiento del PIB y de la renta *per cápita*. Asimismo, la mencionada reducción de la dependencia podría provocar un aumento de la tasa de ahorro privado, dada la exención de los cuidados e inversiones familiares. En este sentido, “La India, tendrá, por razones demográficas una ‘ventana de oportunidad’ que no se empezará a cerrar hasta 2035” (Bustelo, 1996:23). Esto queda claro si comparamos la tasa de variación de la población total con la tasa de variación de la PET de China e India.

La cuestión es que la interacción entre factores demográficos y económicos podría llegar a generar multitud de escenarios, lo que descarta la concepción de tal interacción como un proceso lineal, tal y como sugiere la TTD. Un ejemplo es el chino, ya que el crecimiento de su PIB ha sufrido una moderación en los últimos años a consecuencia de su pirámide poblacional:

¹³ Definida como “el cociente entre los dependientes, que son los menores de quince años y los mayores de sesenta y cuatro años, y la población en edad de trabajar” (Bustelo, 2010:22).

¹⁴ Para más información sobre la población dependiente, véase el ANEXO I.

"lo cierto es que, con carácter general, los condicionantes demográficos supondrán un menor crecimiento económico" (Bustelo, 2010:25). Este condicionante demográfico es lo que lleva a China a buscar una transición hacia un modelo productivo de alto valor añadido. En cualquier caso, lo más relevante para el ejercicio presente es que este caso evidencia la existencia de una relación bilateral y de interdependencia entre el crecimiento económico y demográfico, más que una monocausal.

Esta concepción explica la acertada afirmación de Bustelo (2010:25-6):

"India (...) dispondrá de una buena ocasión demográfica para acelerar el crecimiento del PIB y del ingreso por habitante. Pero la relación entre una cosa y otra no es automática: para sacar provecho de la 'ventana' la India deberá crear empleos suficientes para sus habitantes, especialmente para los jóvenes que se incorporan por primera vez al mercado de trabajo"

B.2. Política, relaciones de género y fecundidad

Otra cuestión irrenunciable para la valoración de la capacidad explicativa de las tres teorías propuestas es la existencia de un desequilibrio de género al nacimiento tanto en India como en China. Este índice, que en condiciones normales se sitúa en una ratio de 104 niños por cada 100 niñas, es en la India de 108 por cada 100, ascendiendo el cociente a 132 en el caso del segundo hijo.

Este fenómeno es difícilmente explicable por factores económicos, epidemiológicos o por la estructura de riesgos -al menos en la explicación que se refiere a su relación más inmediata con las dinámicas demográficas-. La disparidad de género tiene su origen en una "preferencia cultural por los hijos varones" que es común a todas las sociedades confucianas, y que lleva al aborto selectivo de los fetos femeninos (Bustelo, 2010:27). Los roles de género hacen que los hombres aparezcan como un agente productivo y las mujeres como una carga que la familia debiera soportar hasta el casamiento. Dice el proverbio del Punjab: "tener hijas es como regar el jardín del vecino" (Bustelo, 2010:27).

Estamos entonces ante una evidente incidencia de la cultura regional específica con los patrones demográficos nacionales, de la misma forma que sucedía con la etnicidad en el caso español. Otro ejemplo evidente es la política de hijo único en China, que pone de relieve la traducción política que a menudo tienen estos fenómenos. En este mismo país, al igual que en India, existe una prohibición de la detección del sexo del feto que en la práctica tiene lugar. En cualquier caso, estas dinámicas políticas y culturales específicas tienen, al menos, un doble efecto en la estructura demográfica de ambos países: (1) un "fuerte" desequilibrio en el género de las cohortes infantiles, ya que el "excedente" de hombres podría ser de 35 y 25 millones de hombres en China y en la India respectivamente; y (2) una mayor competencia por las mujeres en edad de contraer matrimonio. En efecto, estos casos, como el español, evidencian la incidencia de este tipo de factores en la estructura demográfica de estos países, por lo que cualquier cuerpo teórico que aspire a una explicación -si quiera parcial- de este tipo de

dinámicas debe permitir la integración de tales especificidades en sus esquemas explicativos.

6. Discusión de resultados

6.1. Algunas críticas a la TTD

Una vez expuesta y ejemplificada la TTD, podemos ahora comenzar con alguna base la exposición de algunas de sus objeciones. En primer lugar, llama la atención la descripción que Arango (1981) hace de la teoría, enfatizando su carácter polietápico y ascendente. En efecto, se plantea un escenario homogéneo para sistemas demográficos particulares, por lo que se esgrime "la idea de que todas las sociedades caminan en la misma dirección y que los procesos de industrialización, urbanización, migraciones y otros se repetirán" (Sarribe, 2009:48) para todos los casos observados. Por ello consideramos que este planteamiento es claramente (1) evolucionista, ya que supone un desarrollo relativamente uniforme y claramente lineal.

En segundo lugar, es bastante reveladora la referencia de Arango (1980:177), quien presenta este modelo como un ejemplo de "racionalidad" al hacer uso de los *preventive checks* malthusianos para lograr una suerte de equilibrio homeostático en el sistema demográfico. Es precisamente en la propuesta teórica de Malthus donde aparece un componente de consciencia en la acción que termina por ser problemático. En este sentido, los mismos *preventive checks* se refieren a la cognoscibilidad del individuo y a su "prudencia" para lograr un crecimiento poblacional eficiente" (Arango, 1980:177). Por ende, la atribución directa de racionalidad a estas dinámicas se suma a una raíz teórica eminentemente individualista, que apunta a una suerte de *homo economicus* demográfico que actúa según su propio cálculo. Esto ignora la racionalidad limitada de los fenómenos sociales, especialmente relevante para los de naturaleza sociodemográfica, donde se ven involucrados la institución familiar, las creencias religiosas y los diferentes desarrollos de la medicina, además de las asimetrías en el acceso a los servicios de esta naturaleza. Decimos entonces que este planteamiento es, en cierta medida, (2) racionalista, ya que niega la racionalidad limitada de la acción social.

Asimismo, otra problemática a la que debe hacer frente la TTD es la linealidad misma del proceso que describe. Definiendo un estadio inicial y uno final, los diferentes sistemas aparecen como distintos momentos temporales de un desarrollo evolutivo homogéneo que, sin embargo, tiene lugar en diferentes contextos. Se describe entonces "el antes y el después de un proceso", no obstante, los contextos "históricos han cambiado y los procesos resultarán irrepetibles, puesto que el panorama internacional también se ha transformado radicalmente" (Sarribe, 2009:48). Ciertamente, plantear trayectorias análogas en sistemas que interactúan en diferentes momentos históricos evidencia el (3) determinismo del que adolece el modelo. Aunque suene algo reduccionista, resulta difícil pensar en una asimilación del contexto actual con las circunstancias propias del S.XVIII, cuando comienza la TD en Europa, así que las divergencias en los contextos difícilmente son compatibles con fenómenos análogos. Teniendo también en cuenta que, de lo contrario,

estaríamos afirmando que la trayectoria descrita por la TD forma un compartimento estanco con respecto a su contexto, y, por tanto, es un fenómeno ajeno a las condiciones -sociales, económicas, políticas, culturales...- de la sociedad en la que se produce.

Por otro lado, fruto de tal determinismo encontramos una característica relacionada, pero no menor, como es la (4) rigidez de la TTD. Es un modelo poco flexible, en el sentido de que resulta escasamente adaptable a sociedades complejas o concretas, especialmente en lo que concierne a los mecanismos de difusión de la reducción de la natalidad y a los factores involucrados en tal proceso. En otras palabras, la descripción del proceso no es una explicación en sí misma, o al menos no una completa. Por tanto, resultaría problemático a la hora de aplicarlo a las realidades específicas, en las que debe operar la ciencia moderna dada su naturaleza analítico-reductiva. Únicamente un modelo genérico, estructural y flexible puede ser adaptable a distintos contextos, por lo que la existencia de una "ley general" está en todo caso subyugada a las especificidades culturales o de otra naturaleza, que impiden ubicarse en un nivel de análisis que permita hallar tal generalidad con las evidencias disponibles. Podríamos decir que la TTD sufre una suerte de complejo hegeliano, en tanto que parte de la asunción de que "la verdad es [o está en] el todo", buscando una explicación universal, lineal e invariante en el tiempo; mientras que una lógica totalizadora es en realidad ajena a cualquier método científico, por su naturaleza analítico-reductiva y, específicamente, por la facilidad para el asilamiento de los fenómenos sociales concretos bajo la ficcional veracidad de la cláusula *ceteris paribus* -tan indispensable en las Ciencias Sociales.

Asimismo, resulta inevitable mencionar que el mismo modelo de la TD adolece de cierto (5) eurocentrismo. En línea con lo esgrimido por John Caldwell en *Theory of Fertility Decline* (1982; citado en Sarriable, 2009:50), "la experiencia histórica y las investigaciones que han llevado a sus primeras formulaciones son básica, aunque no exclusivamente, europeas". Por ende, carece de cualquier lógica tratar de introducir, de manera forzosa, otros sistemas demográficos no europeos en este modelo lineal de desarrollo. Así, en línea con lo sostenido en el punto (3), consideramos que existen suficientes divergencias, ya no sólo en el contexto, sino en la evolución misma de los sistemas denominados "transicionales" con respecto a la evolución de los países europeos, incluso más allá de las diferencias culturales: 1) en primer lugar, con respecto al ritmo de crecimiento demográfico, en Europa fue hasta tres veces más lento que en el ritmo actual del Tercer Mundo; 2) el descenso de la mortalidad fue más pronunciado en el continente europeo; y, por último, 3) existieron relaciones coloniales que provocaron movimientos demográficos basados en dinámicas de poder -por ejemplo a través de la eliminación del excedente humano de la metrópolis (Arango, 1980:195).

Por último, la crítica más convincente a la TTD es apuntada por el propio Arango (1980:196), cuando llama a poner "en cuestión el monopolio causal tradicionalmente otorgado a los factores económicos". Este rechazo de tan férreo (6) economicismo se fundamenta en dos elementos: por un lado,

en los efectos interactivos entre la mortalidad y la natalidad; en otro sentido, existen además otros factores fundamentales que la TTD simplemente pasa por alto. A continuación, nos detendremos en dos de ellos: el (a) matrimonio y las (b) dinámicas de difusión cultural.

Con respecto al segundo, el mismo ejemplo español revela la importancia relativa de los fenómenos de industrialización y urbanización con respecto a la restricción de la natalidad que lleva a un RDM. Los datos que recogen las primeras tendencias depresivas de la natalidad muestran que ésta no fue anticipada en las zonas más industrializadas, como cabría esperar -en Bilbao o Vizcaya, por ejemplo-; sino que comienzan en Barcelona para posteriormente propagarse por Cataluña, Islas Baleares y el País Valenciano (Arango, 1981:192). La (b) difusión de esta tendencia parte entonces de un núcleo inicial, la capital catalana, cuyos radios extienden la tendencia influenciados por factores geográficos y étnicos (Arango, 1981). Evidentemente estas especificidades étnicas en la expansión de dicha tendencia demográfica son difícilmente explicables por el esquema universal y economicista de la TTD.

En último lugar, un factor determinante para la TD es que no tiene suficientemente en cuenta es la familia. La institución familiar europea se configura como la *familia nuclear* incluso antes del desarrollo de la sociedad capitalista-industrial (Sánchez, 1981:42), esto es lo que se denomina *european marriage pattern* (EMP). Así, la elevada edad para contraer matrimonio se añade el alto porcentaje de personas solteras, y la reducción de la estabilidad de la pareja (Sánchez, 1981; Quilodrán, 2008:11), lo que hace que la población posea un escaso crecimiento natural. Esta tendencia "irreversible" (Sánchez, 1981) únicamente encuentra una excepción en el *baby boom* de los 50 y 60, teniendo en cuenta que esta tendencia pre-industrial ha marcado históricamente la institución conyugal occidental: "ningún país occidental ha tenido nunca, o por lo menos durante un período prolongado de tiempo, una media de edad de entrada de las mujeres al matrimonio inferior a los 20 años" (Sánchez, 1981:43).

Evidentemente, este proceso de declive demográfico tiene especial peso a partir de la fase de *madurez* de los países europeos, sin embargo, también existen otros factores relevantes. A este respecto, el control de la natalidad es un factor fundamental y transversal, ya que "La difusión de medios y cultura anticonceptivo [sic] afectó por igual a ambos tipos de fecundidad" (Sánchez, 1981:47). Aunque esta práctica se remonta a las sociedades preindustriales -donde era común tanto en las clases aristocráticas como populares (Arango, 1980:180)-, los anticonceptivos y el divorcio cuestionan definitivamente "el papel del matrimonio como hito fundador y regulador de la vida sexual y reproductiva" (Quillodrán, 2008:10). Hablamos entonces de una desinstitucionalización (primaria) del matrimonio -o de una relativización de su papel- como articulador principal de la función reproductiva, justo cuando parece ser uno de los factores que colaboró a la situación del declive poblacional presente. Una de las razones para la configuración de este modelo marital es (1) la base económica necesaria para

el matrimonio¹⁵, que opera a tres niveles en la constricción de la natalidad: (a) por la solvencia inicial requerida, (b) por su coincidencia con un ciclo económico regresivo o alcista y (c) por la posición en la estructura social de cada individuo (Sánchez, 1981:50). Asimismo, también contribuye al establecimiento del EMP el mantenimiento del modelo de (2) *familia nuclear*, tal y como ponen de relevancia las antiguas investigaciones del *Cambridge Group*. Un último factor es el (3) religioso, ya mencionado y que destaca en el "área católica de Europa" (Sánchez, 1981:54).

En otro sentido, si nos referimos al impacto del EMP en el ámbito meramente demográfico, este modelo familiar conlleva (1) menor periodo femenino de posibilidad de embarazo, (2) familias menos numerosas, (3) más distancia entre generaciones y (4) crecimiento demográfico negativo a largo plazo. Estos efectos no son, sin embargo, los únicos. En un nivel más general, el EMP provoca también un descenso de la natalidad que lleva al denominado "crecimiento cero" a los países que han llegado a la fase *post-transicional*. Por otro lado, este matrimonio tardío alcanza cierto grado de institucionalización, por medio de la herencia de costumbres y prácticas reproductivas -tales como la edad de concepción o el período adecuado de socialización de los descendientes. En cierta manera es continuista, y, en ese sentido, representativo de la represión sexual propia de la cultura occidental. Finalmente, en el plano económico, el retraso de la edad de matrimonio aumenta el periodo productivo, por lo que aumenta la tasa de ahorro, la demanda de bienes y las inversiones a largo plazo.

A modo de reflexión final, vale la pena tomar como propias las palabras de Benito Sánchez (1981:56) cuando afirma que el EMP refleja cambios económicos importantes, que, si bien no son la base del desarrollo económico europeo, sí son los precedentes del desarrollismo de comienzos del S. XIX. Este modelo europeo de matrimonio tendría, por tanto, un "papel en la consolidación del capitalismo similar al de la ética protestante", provocando un aumento de la tasa de ahorro y de inversión. En síntesis, siendo el *european marriage pattern* "un modelo represivo de la sexualidad, las pulsiones sexuales no satisfechas se subliman en favor del trabajo y el ahorro" (1981:56). Un proceso cultural en la institución matrimonial previo a la RI, que precisamente ésta acrecienta como de forma ulterior, algo que pone de manifiesto que las transformaciones culturales tienen efectos sobre la sociedad, y por ello cabe su comparativa con las reivindicaciones weberianas sobre el origen del capitalismo.

6.2. Crítica de la TTE

Teniendo en cuenta las evidencias expuestas y la experiencia histórica tanto en un régimen demográfico postransicional como el español y en uno en vigente transformación, como el indio, podemos ahora obtener algunas conclusiones acerca de la capacidad explicativa de la TTE para sendas

¹⁵ Dice Malthus que "Hay hombres, incluso de las clases más altas, que huyen del matrimonio simplemente por el temor a sostener una familia a su cargo" (1970:83; citado en Sánchez, 1981:50).

experiencias. Estas debilidades van en la línea de lo señalado por Robles, Bernabeu y Benavides (1996).

En primer lugar, hay una evidente (1) ausencia de una serie histórica de datos con suficiente carga probatoria como para establecer el principio de la TE. Esto se relaciona, además, con la (2) indeterminación del final del mismo proceso, debido, entre otros factores, a la estabilización de la mortalidad y de la morbilidad.

Asimismo, no existe una (3) sistematización o un consenso en el ámbito académico sobre las causas de muerte en un régimen postransicional. Esto pone de relevancia la ambigüedad de la que adolece la TTE en la especificación de tales determinantes, ya que la transformación se orienta hacia el establecimiento de las enfermedades degenerativas y causadas por el ser humano como principal patrón de mortalidad y morbilidad postransicional; pero también de otros criterios como la preponderancia de las enfermedades no infecciosas y los accidentes laborales o de tráfico, las enfermedades crónicas, de riqueza, de la civilización o las enfermedades occidentales. En este sentido, la utilización de diferentes conceptos por parte de distintos autores hace que cada uno de ellos establezca un fin distinto de la TE.

Por último, también debemos mencionar que, aunque la TE implica en última instancia el paso desde la preponderancia de las enfermedades agudas a las crónicas en lo que concierne a los patrones de mortalidad y morbilidad; lo cierto es que existe un (4) margen de confusión conceptual, ya que el propio Omran (2005) describe una mezcla de ambas. Asimismo, no existe (5) una clasificación satisfactoria de las diferentes patologías que determinan el proceso de transición ya que, por ejemplo, se utiliza el término enfermedad infecciosa como un sinónimo de enfermedad aguda (Robles, Bernabeu y Benavides, 1996).

6.3. Crítica de la TTS

Con respecto a la propuesta de la Teoría de la Transición Sanitaria, podemos afirmar que representa el cuerpo teórico que ofrece una perspectiva más holística del fenómeno. Ello se sustenta en su reconocimiento de la intervención interactiva de factores de distinta naturaleza, que quedan sistematizados en epidemiológicos, de la estructura de riesgos y sanitarios. Además, ello se combina con el desarrollo de modelos específicos para la explicación de diferentes experiencias históricas, lo que determina la mayor aplicabilidad y flexibilidad del modelo.

No obstante, no es menos cierto que podemos anticipar, en base a los casos expuestos, ciertos vectores débiles del constructo teórico referido. Así, la exploración del caso español pone de relieve que esta teoría (1) se centra más en la mortalidad que en la propia salud. Con total seguridad, esto tiene su origen en los –ya mencionados– problemas de conceptualización y medición del propio concepto, ya que sólo podemos acceder a evidencias indirectas. Además, también hace un (2) mayor énfasis en la mortalidad infantil y juvenil, pese a que el presente cambio en la estructura por edad y

en el perfil epidemiológico español apunta en la dirección contraria. En este sentido, hoy en día las patologías más comunes entre la población española son de naturaleza crónica, degenerativa o asociada a hábitos o accidentes que afectan fundamentalmente a la población adulta, antes que a las cohortes infantiles o juveniles.

Por último, también consideramos que la TTS comparte con las dos anteriores un último factor que reduce su capacidad explicativa para la estructura demográfica de la India y de España. En este sentido, creemos que el aborto selectivo propio de las sociedades asiáticas confucianas es un ejemplo evidente del papel fundamental de los fenómenos culturales en las dinámicas demográficas. Algo que también confirma en cierta medida el caso español debido a la difusión de la reducción de la fecundidad a través de la etnicidad e identidad catalana, valenciana y balear, o lo que se denomina los "Países Catalanes". Con ello no queremos decir que la TTS no tenga en cuenta este factor, ni tampoco negar que su incidencia depende de los factores étnicos, identitarios o religiosos de la población que se estudie en cada caso. Por el contrario, pretendemos señalar que la flexibilidad teórica que muestra la TTS en su marco explicativo -por ejemplo, a través de los modelos de transición- debe ir en consonancia con la exploración de patrones concretos, y no sólo generales, para todos aquellos factores que inciden en la transformación de una estructura demográfica dada. También los culturales, claro.

En esta misma línea, encontramos una situación similar en el caso de la incidencia de las decisiones políticas en las dinámicas poblacionales. Esta consideración ha sido puesta de relevancia tanto por el análisis del caso español como por el estudio de las dinámicas demográficas de la India. En el primer caso, la centralidad de los factores políticos se antoja como un elemento fundamental ante la importancia que estas decisiones tienen sobre todos los indicadores que González utiliza para explicar la TS en España: el número de profesionales médicos colegiados -condicionado por la accesibilidad a los estudios universitarios, la estructura de los colegios profesionales, la estructura y demanda de personal del sistema sanitario...-, el número de camas hospitalarias -determinada, por ejemplo, por la misma transformación de la atención primaria y la atención pública de los pacientes con enfermedades crónicas- o los presupuestos de la Dirección General de Salud, el establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad de inspiración bismarckiana o el desarrollo del Instituto Nacional de Salud hasta el actual Sistema Nacional de Salud, expresión de la decisión política de la cesión y descentralización de las competencias sanitarias en España.

Para el caso indio, las divergencias existentes entre las decisiones políticas de este país y el ejemplo de China bastan para reconocer la influencia de las decisiones políticas en las dinámicas poblacionales.

7. Conclusiones

En este punto, creemos que las evidencias recabadas apuntan hacia una interacción de factores de diferente naturaleza en las dinámicas demográficas. Desde luego, estas no pueden ser concebidas como una causa necesaria del crecimiento económico, tal y como hace la TTD. Prueba de ello es la importancia de los patrones epidemiológicos en la distribución de la mortalidad, así como en el aumento de la EV, la cronificación y el aumento de la morbilidad. Estos dos conjuntos de factores no son, sin embargo, los únicos. La transición sanitaria señala la importancia del desarrollo sociosanitario para completar el proceso transicional, un apunte ciertamente imprescindible.

No obstante, y pese a que la capacidad explicativa de cada una de las hipótesis planteadas no comprende el mismo número de conjuntos de factores, consideramos que todas tienen en común la ignorancia de dos variables fundamentales. Por un lado, la influencia de la política en las dinámicas poblacionales, que es evidente no sólo por su intervención en la economía, sino también por la inversión pública en medios sanitarios y educativos, además del caso evidente de las políticas restrictivas de la natalidad en China. En otro sentido, consideramos que también se debería prestar más atención a la influencia de los factores culturales en este tipo de fenómenos, algo que hemos intentado ilustrar a través de la influencia de la etnicidad y el lenguaje en la demografía española o mediante el caso del feminicidio en la India.

8. Bibliografía

Alcalde, F. P. (2010). La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos. *Enseñanza de las ciencias sociales: revista de investigación*, (9), 129-137.

Alcañiz, M. (2008). Cambios demográficos en la sociedad global. *Papeles de población*, 14(57), 227-255.

Arango, J. (1980). La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Reis*, (10), 169-198.

Ayuso, M., & Holzmann, R. (2014). Condicionantes demográficos, estructuras de población y sistemas de pensiones. *Documentos de trabajo del Instituto BBVA de pensiones*, 5.

Bustelo, P., Torrecilla, C., & Basté, J. (2010). *Chindia: Asia a la conquista del siglo XXI*. Tecnos.

Caldwell, J. C. (1982). Theory of fertility decline.

Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T., & Lozano, R. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud pública de México*, 33(5), 448-462.

García Canclini, N. (1997). Culturas híbridas y estrategias comunicacionales. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 3(5).

Habakkuk, H. J. (1972). Population growth and economic development since 1750.

Hajnal, J. (1965). European marriage patterns in perspective.

Masjuan, E. (2002). Procreación consciente y discurso ambientalista: anarquismo y neomalthusianismo en España e Italia, 1900-1936. *Ayer*, 63-92.

Olshansky, S. J., & Ault, A. B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 355-391.

Omran, A. R. (2005). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757.

Population Division (ONU). (2018b). Total fertility (children per woman). 03/10/2018, de ONU. Sitio web: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

Population Division. (2018a). Crude birth rate (births per 1,000 population). 04/10/2018, de ONU. Sitio web: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

Population Division. (2018c). Crude death rate (deaths per 1,000 population). 04/10/2018, de ONU. Sitio web: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

Quilodrán, J. (2008). Los cambios en la familia vistos desde la demografía; una breve reflexión. *Estudios demográficos y urbanos*, 7-20.

Robles González, E., García Benavides, F., & Bernabeu-Mestre, J. (1996). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990.

Rowland, R. (2015). Los regímenes demográficos y sus contextos. *Revista de Demografía Histórica*, (2), 185-224.

Sánchez, B. C. (1981). El modelo europeo de matrimonio: evolución, determinantes y consecuencias. *Reis*, (15), 33-58.

Sánchez, B. C. (1981). El modelo europeo de matrimonio: evolución, determinantes y consecuencias. *Reis*, (15), 33-58.

Sarriale, G. (2009). *Teoría de la población*. Edicions de la Universitat de Barcelona.

ANEXO 1

Tabla 4. Indicadores de dependencia en la India (1950, 1984, 2017)

| | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|--------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| Ind. | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Total | 66,63 | 70,38 | 68,43 | 73,13 | 73,79 | 73,44 | 50,99 | 51 | 50,99 |
| Jóv. | 61,62 | 64,79 | 63,15 | 67,48 | 68,06 | 67,76 | 42,66 | 41,19 | 41,95 |
| May. | 5,01 | 5,59 | 5,29 | 5,65 | 5,72 | 5,69 | 8,33 | 9,81 | 9,04 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 5. Población Activa (PA) en la India (%) (1950, 1984, 2017)

| | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|----------------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| Otros ind. | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Estructura PA | 45,48 | 45,3 | 45,39 | 43,96 | 45,19 | 44,55 | 56,29 | 58,97 | 57,57 |
| Reemp. PA | 21,65 | 22,51 | 22,07 | 21,93 | 22,01 | 21,97 | 34,91 | 38,26 | 36,49 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 6. Población joven, adulta y mayor en la India (1950, 1984, 2017)

| | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|-----------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| Prop./Pob total | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Jóvenes | 36,98 | 38,03 | 37,49 | 38,97 | 39,16 | 39,07 | 28,25 | 27,28 | 27,78 |
| Adultos | 60,01 | 58,69 | 59,37 | 57,76 | 57,54 | 57,66 | 66,23 | 66,23 | 66,23 |
| Mayores | 3,01 | 3,28 | 3,14 | 3,26 | 3,29 | 3,28 | 5,52 | 6,5 | 5,99 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 7. Población joven, adulta y mayor en la India (1950, 1984, 2017)

| | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|------------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| Prop./Pob. total | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Jóvenes | 28,07 | 25,03 | 26,49 | 25,12 | 22,84 | 23,96 | 15,41 | 15,01 | 15,22 |
| Adultos | 65,8 | 66,73 | 66,28 | 65,27 | 63,55 | 64,39 | 67,52 | 61,68 | 64,65 |
| Mayores | 6,13 | 8,25 | 7,23 | 9,61 | 13,62 | 11,65 | 17,06 | 23,31 | 20,14 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 8. Población Activa (PA) en la España (%) (1950, 1984, 2017)

| | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|---------------------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|--------|--------|
| Otros indicadores | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Estructura PA | 58,51 | 62,12 | 60,38 | 71,1 | 77,14 | 74,08 | 131,83 | 179,76 | 152,11 |
| Reemplazamiento PA | 33,96 | 40,4 | 37,23 | 50,14 | 60,68 | 55,28 | 120,4 | 134,74 | 127,38 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 9. Indicadores de dependencia en la España (1950, 1984, 2017)

| Ind. dependencia | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|-------------------------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Total | 51,97 | 49,86 | 50,87 | 53,22 | 57,37 | 55,3 | 48,09 | 62,14 | 54,69 |
| Jóvenes | 42,66 | 37,51 | 39,97 | 38,5 | 35,94 | 37,21 | 22,83 | 24,34 | 23,54 |
| Mayores | 9,31 | 12,36 | 10,9 | 14,72 | 21,43 | 18,09 | 25,27 | 37,8 | 31,15 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 10. Datos descriptivos sobre edad media y mediana en España (1950, 1984, 2017)

| Otros ind. | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|---------------------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Edad media | 29,73 | 31,87 | 30,84 | 29,73 | 31,87 | 30,84 | 42,27 | 45,4 | 43,81 |
| Edad mediana | 26,26 | 28,75 | 27,54 | 26,26 | 28,75 | 27,54 | 43,04 | 47,34 | 45,11 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.

Tabla 11. Datos descriptivos sobre edad media y mediana en la India (1950, 1984, 2017)

| Otros ind. | Año 1950 | | | Año 1984 | | | Año 2017 | | |
|---------------------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| | H | M | Total | H | M | Total | H | M | Total |
| Edad media | 25,07 | 24,87 | 24,97 | 24,47 | 24,49 | 24,48 | 29,71 | 30,62 | 30,15 |
| Edad mediana | 21,55 | 20,93 | 21,25 | 20,42 | 20,35 | 20,39 | 26,85 | 27,81 | 27,31 |

Fuente: elaboración propia con datos de la División de Población de la ONU.